الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

إعداد

أيمن سالم عبدالله حسن

مدرس التربية الخاصة- كلية الدراسات العليا للتربية— جامعة القاهرة

قدم للنشر ١٦/٥/١٤٣٧هـ - وقبل ١٤ /١٠/ ١٤٣٧هـ

المستخلص: يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الأداء التشخيصي الفارق على مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. وتكونت عينة البحث من ٢٠ طفلًا من الأطفال السعوديين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين، الأولى: ذوي اضطراب التوحد (أداء وظيفي منخفض)، والثانية: ذوي إعاقة فكرية بسيطة، بمدارس ابن جبير الابتدائية وعبدالله بن عباس بمدينة عرعر بمنطقة الحدود الشمالية، للعام الدراسي ١٤٣٤/ ١٤٣٥، ٢٠١٣/٢٠١٤م، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦- ١٢) سنة، ودرجة ذكائهم بين (٥٠-٧٠). واستخدم البحث مقياس جودارد، وستانفورد بينيه (الصورة الرابعة) للذكاء، ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، ومقياس الطفل التوحدي، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومقياس الاضطرابات السلوكية. وكشفت النتائج عن وجود السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بمعدل أعلى من أقرانهم ذوي اضطراب التوحد، في حين أظهرت النتائج وجود اضطرابات السلوك النمطي، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمعدل أعلى من أقرانهم المعاقين فكريًا.

الكلمات المفتاحية: اضطراب التوحد - الإعاقة الفكرية - الاضطرابات السلوكية - السلوك العدواني - السلوك النمطي - إيذاء الذات - ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

مقـدمة:

يمر الطفل عبر رحلته التطورية بخبرات ومواقف تؤثر على نضجه بجوانبه المختلفة، الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وسرعان ما تؤثر هذه الخبرات خاصة المؤلمة منها في نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي وتظهر آثارها على سلوكه وتصرفاته، في حين أن آثارها على الجانب الانفعالي الوجداني قلما تظهر بشكل مباشر، فقد تستتر إلى أن تستحوذ على سلوك الطفل بأنماط وأشكال سلوكية مضطربة.

ويشير مصطلح الاضطراب السلوكي Behavior Disorder إلى الفرد الذي لا يستطيع أن يتحكم في سلوكه بما يتوافق مع المعايير الاجتماعية في المجتمع الذي ينتمي إليه. وتستخدم الأدبيات المتخصصة عدة تسميات للإشارة إلى الاضطرابات السلوكية مثل: الإعاقة الانفعالية، سوء التوافق الاجتماعي، السلوك غير التكيفي، الانحراف، اضطراب الشخصية، والاضطراب النفسي، وليس هناك تعريف موحد للاضطرابات السلوكية يتفق عليه الجميع (الخطيب، والحديدي،٢٠٠٢). ومن الجدير بالذكر صار من الصعب تبني تعريف واحد لهذه الاضطرابات للأسباب الآتية: عدم توافر تعريف متفق عليه للصحة النفسية، وصعوبة قياس السلوك والانفعالات، واختلاف النظريات في تفسير الاضطراب السلوكي، وتباين وجهات نظر المجتمعات وفقًا للثقافات السائدة فيها. ومن المظاهر السلوكية ما يأتي: النشاط الزائد، السلوك النمطي، القلق الزائد، إيذاء الذات، العناد المستمر، الغضب، الانسحاب الاجتماعي، العدوان.... إلخ (العزة، ٢٠٠٢). وبالرغم من ذلك كله، هناك اتفاق عام على أن الاضطراب السلوكي يعني انحراف السلوك عما يعدُّ عاديًّا في مجتمع ما بشكل ملحوظ ومزمن نسبيًا.

ومن ناحية أخرى تعددت مفاهيم الاضطرابات السلوكية عند تناولها مع ذوي الاحتياجات الخاصة بتعدد تناول مظاهرها لدى هؤلاء الأطفال، خاصة موضوع البحث الحالي وهي فئات اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية. فيشير مفهوم اضطراب السلوك لدى الطفل ذي اضطراب التوحد إلى انحراف الطفل وخروجه عن السلوك المألوف، ويتضمن إيذاء الذات ونوبات الغضب واستثارة الذات وعصيان الأوامر، وتتكرر باستمرار وتحتاج إلى برامج تدخلية تدريبية وعلاجية باستخدام استراتيجيات وفنيات تعديل السلوك (بديوي، ٢٠١١)، في حين يشير هذا المفهوم لدى الطفل المعاق فكريًا إلى عدم السواء في السلوك، كسلوك إيذاء الذات، ونوبات الغضب وسلوك عجز التخاطب مع الآخرين، والسلوك العدواني (خطاب،٢٠١٠).

مشكلة البحث:

تنتشر العديد من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا، فيشير خطاب (٢٠٠٦) إلى أن الوالدين غالباً ما يذكرون أن الطفل التوحدي يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو يضرب رأسه في الحائط، أو بقطع أثاث حادة، حتى تتورم رأسه ويصبح لونها أسود أو أزرق. وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عداوته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة، وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل متيقظين يصدرون أصواتاً، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض، وغالباً ما يكون الوالدان عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية. ويؤكد أيضًا أحمد، وعيسى (٢٠٠٩) أن الطفل التوحدي قد يكون عنده حركات متكررة لليد والأصابع، وقد يظهر سلوكًا عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات. في مقابل ذلك تشير إبراهيم (٢٠٠٠) إلى أن من أهم المظاهر الاجتماعية لدى الطفل المعاق فكريًا، القصور في الكفاية الاجتماعية، والعجز عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وتزداد هذه المظاهر سوءاً

بسبب الاتجاهات السالبة للآخرين نحو الإعاقة الفكرية، وقد يؤدي هذا إلى أن يصدر عن الطفل سلوكًا عدوانياً موجهاً إلى آخرين وأحياناً إلى ذاته، بسبب الإحباط الذي يصاحبه نتيجة لعجزه عن القيام بالأعمال التي يقوم بها أقرانه من العاديين في مثل سنه. ويرى أيضًا Peck & Hong (1988) أن الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من قصور واضح في الجانب الاجتماعي إذ يعانون من قصور كبير في مهاراتهم الاجتماعية يترتب عليه العديد من الاضطرابات السلوكية التي تحول بين هؤلاء الأطفال وبين إمكان تعايشهم بشكل مقبول مع الآخرين إذ كثيراً ما يلجؤون إلى أساليب السلوك العدواني والاضطرابات السلوكية نتيجة ما يلقونه من إحباطات في الحياة اليومية.

أما الأنماط السلوكية الطقوسية وغير الاعتيادية، فقد ينشغل أطفال اضطراب التوحد بممارسة سلوكيات روتينية وتكرارية ويظهرون سلوكيات نمطية مثل هز الجسم والتمايل انتباهه من الخارج (أمين،١٩٩٩). في حين أشارت نتائج دراسة خطاب (٢٠٠٤) إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية تبدو في: تغيرات مزاجية، ونوبات صراخ، وسلوك انسحابي من المواقف الاجتماعية، ووجود مشكلات سلوكية عديدة منها العدوان وإيذاء الذات والنشاط الحركي المفرط. وأكدت أيضًا دراسة معمور (١٩٩٧) أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتصفون بأن لديهم قلقًا، وسلوكًا عدوانيًا، ونشاطًا حركيًا مفرطًا، وضعفًا في الانتباه، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وكل هذه الأعراض تقف عائقًا في طريق كل من يتعامل مع هؤلاء الأطفال داخل الأسرة أو في المؤسسات المخصصة لمساعدتهم. وهذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل (أبو الفتوح، ٢٠١١؛ بديوي، ٢٠١١؛ البطاينة، والعرنوس، ٢٠١١؛ جمال الدين، ٢٠٠٩؛ خطاب، ٢٠٠٤؛ الخفاجى،٢٠١٢؛ الخميسي، ٢٠١٢؛ Watt, Wetherby, Barber, & Morgan, 2008؛ Baghdadli, et al., 2008). والتلويح بالأيدي وبالإضافة إلى ذلك قد يقضي الطفل ساعات في النظر إلى منتصف الغرفة مثلاً (الزريقات، ٢٠٠٩). ويتسم الأطفال التوحديون بمحدودية اللعب التخيلي والسلوك المحدود جداً، وبعضهم ينجذب للأشياء المتحركة أو يلاحظ الأشياء المستديرة لساعات مثل المروحة. أما القدرة الحركية لهؤلاء الأطفال غالباً ما تكون غير معتادة، إذ يمكن أن يقفز، يصفق بذراعيه، يلوي يده وأصابعه، بالإضافة إلى سلوك إيذاء الذات، مثل أن يصدم رأسه بالحائط أو يجذب شعره، أو يعض أجزاء من جسمه (Comer,1998). في مقابل ذلك يميل الطفل المعاق فكرياً إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة، وعدم قدرته على ضبط الانفعالات (عبيد،٢٠٠٠). كما إن انتباه المراهق المعاق فكرياً مثل انتباه الطفل الصغير محدود المدة والمدى. فيتشتت انتباهه بسرعة، وذلك لأن مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة وتحتاج إلى ما يثير

فضلاً عن ذلك يبدي الطفل المعاق فكرياً أنواعاً من السلوك غير التكيفي مثل العدوان، والسلوك النمطي والفوضوي، والتمرد، وإتلاف الممتلكات، وإيذاء الذات (Stanback & Stainback, 1982). كما أشارت دراسة القمش (٢٠٠٦) إلى أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال المعاقين فكريًا هي: الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، السلوك النمطي، العدوان، إيذاء الذات. وهذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل (بخش،٢٠٠١؛خطاب، ٢٠١٠؛ دبيس،١٩٩٩؛ شعبان،٢٠٠٩؛ محمد، وفرحات، ٢٠٠٢). ومن ثم يشترك كل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكرياً في العديد من الاضطرابات السلوكية في مقدمتها العدوان، السلوك النمطي، إيذاء الذات، ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وهو ما دعا إليه الكيكي (٢٠١١) في دراسته بالتوصية بضرورة إجراء دراسة مقارنة في المظاهر السلوكية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال المعاقين فكرياً. ومن هنا تظهر الحاجة

للبحث الحالي والتي تعد محاولة في هذا الإطار يحاول الباحث من خلالها التوصل إلى تشخيص فارق لبعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكرياً، وذلك من خلال أدائهم على مقياس الاضطرابات السلوكية في البحث الحالي.

ومن ثم تتحدد مشكلة البحث في محاولة الكشف عن طبيعة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال المعاقين فكرياً، في محاولة للوصول إلى تشخيص فارق بين هؤلاء الأطفال في مجال الاضطرابات السلوكية، خاصة العدوان، والسلوك النمطي التكراري، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه، والنشاط الزائد، وهي الأكثر تكرارًا في الدراسات التي تناولت فئات البحث، وبذلك يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل الرئيس الآتي:

هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية في الاضطرابات السلوكية؟

ويتفرع من التساؤل الرئيس عدد من التساؤلات وهي:

- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية في السلوك العدواني ؟
- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية في السلوك النمطي ؟
- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية في إيذاء الذات؟
- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية في ضعف الانتباه والنشاط الزائد ؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

١) الكشف عن طبيعة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا.

٢) محاولة تحديد حجم الاضطرابات السلوكية لكلتا الفئتين وأكثرهم حدة في ممارستها مما يسهل معه عملية التشخيص الفارق بين الفئتين.

٣) بناء مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا.

أهمية البحث:

وتتمثل هذه الأهمية فيما يأتي:

الأهمية النظرية:

توفير قدر من المعلومات عن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا.

١) يمثل البحث الحالي إضافة جديدة كبحث مقارن في مجال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا نظرًا لقلة البحوث في هذا المجال–في حدود علم الباحث– مما يسهم في إثراء المعرفة السيكولوجية.

الأهمية التطبيقية:

١) الإسهام في الوصول إلى تشخيص دقيق لأطفال كلتا الفئتين في مجال الاضطرابات السلوكية.

٢) مساهمة هذا التشخيص في التدخل المبكر مستقبلًا مما يكون له أهمية قصوى بالنسبة لكل فئة.

٣) الوقوف على قوة الاضطرابات لدى فئتي البحث مما يدعم التشخيص الفارق بينهما.

٤) الإسهام في تحديد الخدمات الضرورية في سبيل التأهيل الاجتماعي لأعضاء كل فئة.

٥) الخروج بنتائج تسهم في تقديم برامج وخدمات ودورات تدريبية للقائمين على رعاية الأطفال فئات البحث.

مصطلحات البحث:

يمكن تعريف مصطلحات البحث على النحو الآتي:

اضطراب التوحد: تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association,1994(A.P.A.) بأنه أحد الاضطرابات النمائية المنتشرة ويتصف بالخصائص الآتية: قصور في التفاعل الاجتماعي، قصور في عمليات التواصل، وأنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية.

الإعاقة الفكرية: تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association,1994 بأنها أداء عقلي وظيفي دون المتوسط، درجة ذكاء حوالي ٧٠ أو أدنى على اختبار ذكاء فردي، يصاحبه قصور في الأداء التكيفي الراهن على الأقل في اثنين من المجالات الآتية: الاتصال، حماية الذات، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام إمكانات المجتمع، التوجه الذاتي، الصحة، المهارات الأكاديمية، الوظيفة، الفراغ، العمل، ويحدث قبل سن ١٨سنة.

الاضطرابات السلوكية: تشير الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في البحث الحالي إلى عدم السواء في السلوك، كسلوك العدوان، والسلوك النمطي التكراري، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، ويتضمن هذا التعريف التعريفات الفرعية الإجرائية الآتية:

السلوك العدواني:"هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين، أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو الآخرين" (يحيى،٢٠٠٠، ص١٨٥) ويعرف إجرائيًا في البحث الحالي، بأنه استجابة غير سوية تهدف إلى إيذاء الآخرين، سواء كان هذا الإيذاء جسميًا كالضرب أو العض أو نفسيًا كالإهانة، وهو موجه للآخرين أو الممتلكات.

السلوك النمطي:"هو مظهر سلوكي شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة من الناحية الشكلية، إلا أنها تتشابه من حيث كونها غير وظيفية" (الخطيب،٢٠٠١،ص ١١٦). ويعرف إجرائيًا في البحث الحالي بأنه استجابة متكررة وبمعدل مرتفع دون أن يكون لها وظيفة، وتشتمل على إثارة ذاتية وليست استجابة لمثير معين، كحركات اليدين أو القدمين أو تعبيرات الوجه أو المشي أو الصوت أو النظر المتكرر.

إيذاء الذات:"هو الأفعال الظاهرة الموجهة نحو الذات والتي تكون لها عواقبها المتمثلة في التلف البدني" (مليكة،١٩٩٤،ص ٢٧٩). ويعرف إجرائيًا بأنه استجابات حركية مختلفة تنتهي بالتلف الجسدي للطفل الذي تصدر عنه، ويكون ضررها فوريًا.

ضعف الانتباه والنشاط الزائد: "هو عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه والاحتفاظ به لفترة عند ممارسة النشاط مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعًا يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق" (سيد، وبدر،١٩٩٩، ص٣٣). ويعرف إجرائيًا بأنه اضطراب نمائي يظهر قبل عمر الثانية عشرة، ويتصف بمستويات نمو غير مناسبة في الانتباه السمعي والبصري والنشاط الزائد والاندفاعية وعدم التحكم في الذات، ويظهر تأثيره السلبي في واحدة من العلاقات الاجتماعية والأهداف الأكاديمية أو المهنية، ويظهر في أكثر من بيئة.

الإطـار النـظري:

أولًا: اضطراب التوحد:

عندما اقترح Kanner محكات لتشخيص اضطراب التوحد، أشار إلى أن التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة ولكن هناك بعض الباحثين مثل "رتغو وفريمان" أشارا إلى أن حوالي ٧٥% من التوحديين قدراتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية(كوافحة، وعبدالعزيز،٢٠١٠). ويؤكد أيضًا الدهمشي (٢٠٠٦) إلى أن التوحد هو حالة من حالات الإعاقة التي لها تطوراتها، وتعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها، كما إنها تؤدي إلى مشاكل في اتصال الفرد بمن حوله، واضطرابات في اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي. بالإضافة لذلك فقد أثبتت

الدراسات الحديثة أن اضطراب التوحد لا يندرج ضمن الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وإنما هو اضطراب في النمو يرجع إلى خلل عصبي يؤثر في وظائف الدماغ وليس له علاقة بالظروف الاجتماعية أو الأسرية أو العرقية أو المستوى التعليمي(الشريف،٢٠١١).

ومن المعروف أن هناك حالات عديدة يبدو أداء الطفل الوظيفي العقلي عاملًا أساسيًا فيها، إلا أن الواقع وما تظهره الإحصاءات العديدة كتلك التي صدرت عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) تؤكد أن هناك ثلاثة أنماط أساسية من هذه الإعاقات، أي تعدُّ هي الأكثر انتشارًا مع وجود أنماط أخرى أقل انتشارًا، ويمكن ترتيب هذه الأنماط بحسب نسبة انتشارها فتأتي الإعاقة الفكرية في البداية، يليها اضطراب التوحد، ثم متلازمة داون. وجدير بالذكر أن كل أنماط الإعاقة العقلية تتميز بضرورة توفر شروط الإعاقة الفكرية فيها دون الحاجة إلى وجود الإعاقة الفكرية معها ككيان مستقل لدى نفس الفرد في نفس الوقت وهو الأمر الذي يعني وجود تداخل بين تلك الإعاقات (محمد،٢٠٠٤).

ووفقاً لتلك الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار اضطراب التوحد قد اختلفت تماماً عن ذي قبل إذ ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية بحيث أصبح متوسطها ١: ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد Autism Society of America عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤-٥ أفراد لكل عشرة ألاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك الملازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشارًا، ولا يسبقه في ذلك سوى الإعاقة الفكرية فقط، أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة (محمد، ٢٠٠٨).

ويرجع الفضل إلى Kanner في تحديد فئة اضطراب التوحد، ففي عام ١٩٤٣م، نشر "كانر" دراسة وصف فيها ١١ طفلًا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك، ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي وبهذه الدراسة، وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد(مصطفى، والشربيني،٢٠١١). ولقد تعددت التعريفات واستخدمت كثير من المصطلحات لتحديد مسمى للطفل ذي اضطراب التوحد فيشير، يوسف (٢٠٠٤) إلى أن "كانر" لاحظ أن أهم ما يميز هؤلاء الأطفال هو الانعزال داخل نطاق عالمهم الخاص المطلق، لذا لجأ إلى الكلمة اليونانية (Autos) وتعني النفس للتعبير عن هذه الحالة. ومنذ عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة في محاولات تعريف هذه الإعاقة، فهناك اختلاف بين الباحثين على استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذه الإعاقة، فنجد من الباحثين من يطلق عليه الذاتوية الطفلية، أو الانشغال بالذات، الاجترار، الذهان الذاتوي، فصام الطفولة، التمركز الذاتي، الأوتيسية، التوحد، الفصام الذووي، الانغلاق الطفولي، أوتيزم، ذوو التوحد، الانغلاق النفسي، وهكذا يجد الباحث في مجال هذه الإعاقة أنه أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى كلمة أجنبية واحدة وهي "Autism" وتعدد المصطلحات يعني أن هناك إشكالية في الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد، غير أنه تتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات استخداماً في الآونة الأخيرة هو مصطلح "التوحد"، وفي الوقت نفسه تجب الإشارة إلى أن شيوع استخدامه لا يعني أنه أكثر دقة في التعبير عن مضمون هذه الإعاقة (سليمان،٢٠٠٢).

ويشير محمد(٢٠٠٢،ب) إلى أن اضطراب التوحد يعد بمنزلة اضطراب نمائي عام أو منتشر Pervasive Developmental Disorder، ويستخدم مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في نمو الطفل المعرفي، والاجتماعي، والانفعالي، والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك أثاراً سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة. وتتصف الاضطرابات النمائية العامة بإعاقة نوعية في تطور التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ونموها، وفي مهارات الاتصال اللفظية وغير اللفظية، وفي القدرة على التخيل، وتختلف شدة هذه الإعاقات والتعبير عنها من طفل لآخر، وكثيرًا ما يرافق هذه الإعاقات أشكال من تشوه أو تأخر في بعض جوانب النمو مثل القدرات العقلية(الدهمشي،٢٠٠٦). ويمكن تعريف اضطراب التوحد بأنه اضطراب معقد يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبياً على العديد من جوانب شخصية الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته كما يتم النظر إليه على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية واجتماعية متزامنة أي تحدث في الوقت ذاته ، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي، فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة (محمد، ٢٠٠٨).

وتقدر الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد(٢٠٠٣) Autism Society of America، انتشاره مع الأعراض المصاحبة له بنسبة ١ من بين٢٥٠ شخصًا، وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤: ١، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية، إذ إنه لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو الاقتصادية للعائلة أي علاقة بالإصابة بالتوحد. وتشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي(٢٠١٣،ص. ٥٥)"إلى ارتفاع نسب انتشار اضطراب التوحد في الولايات المتحدة وغيرها من البلاد لتصل إلى ١% من السكان، ويبقى من غير الواضح ما إذا كان ارتفاع المعدلات تعكس التوسع في التشخيص في ضوء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، لتشمل الحالات التي هي على عتبة طيف التوحد، وزيادة الوعي، والاختلافات في منهجية الدراسة، أم إن هناك زيادة حقيقية في وتيرة انتشار طيف اضطراب التوحد". وعن مدى انتشار اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية فبلغ ٢٥٠ ألف مصاب، وفقًا للإحصاءات التي أعدتها جامعة الملك سعود بالتعاون مع مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية، وأن عدد الذين يتلقون العلاج والتأهيل خارج الوطن ٨٤٠٠ (طلبة،٢٠١٢). أما معايير تشخيص اضطراب التوحد كما نص عليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) فتشترط ظهور ٦ (أو أكثر) من البنود (١)، (٢)، (٣) على أن يكون اثنان منهما على الأقل من (١) وواحد من كل من (٢) و(٣). وهي (١) عطب كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنين على الأقل مما يأتي: عطب واضح في السلوكيات غير اللفظية، والفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو، ونقص التبادلية الاجتماعية والانفعالية. (٢) قصور نوعي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يأتي: نقص كامل في نمو اللغة المنطوقة، وتضرر واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين والاستمرار فيه، والاستخدام النمطي أو التكراري للغة، ونقص اللعب التظاهري أو الادعائي. (٣) أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة، كما يبدو في واحدة على الأقل مما يأتي: الانشغال الدائم بواحد أو أكثر

من الأنماط الأسلوبية المحدودة، والتمسك الواضح بطقوس معينة غير وظيفية، وسلوك حركي أسلوبي متكرر، والانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء. ثانيًا: التأخر أو الشذوذ الوظيفي على الأقل في واحد من المجالات الآتية على أن يكون البداية قبل سن ثلاث سنوات: التفاعل الاجتماعي، اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو المحاكاة. ثالثاً: هذا الاختلال لا يتفق مع مواصفات اضطراب "رت" أو الاضطراب التفككي(كفافي، وعلاء الدين، ٢٠٠٦).

ثانيًا: الإعاقة الفكرية:

ومن ناحية أخرى فقد ظهرت مصطلحات عديدة لمفهوم الإعاقة الفكرية منها الإعاقة العقلية Mental Impairment or Handicap، ومصطلح واهن العقل Feeble Minded، والنقص العقليMental Deficiency، والتخلف العقلي Mental Retardation، وقليل العقل Digo-Phrcuic، وأحدث هذه المصطلحات الأشخاص ذوي الاحتياجات العقلية The Persons With Mental Needs، نظرًا لأن مصطلح الإعاقة يسبب عبئًا نفسيًا على آباء وأمهات هؤلاء الأطفال فينعكس سلبًا على تربيتهم لأبنائهم المعاقين فكريًا، كذلك تمشيًا مع النظرة الحديثة لمصطلح الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة The Persons With Special Needs، ومع ذلك فإن المصطلح الذي مازال يستخدم على نطاق واسع حتى الآن هو التخلف العقلي Mental Retardation (أحمد، وعيسى،٢٠٠٦). حتى تم إصدار المصطلح الجديد وهو الإعاقة الفكرية أو الذهنية Intellectual Disability، وتحول اسم الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on mental Retardation (A. A. M. R.) إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية American Association on Intellectual and Developmental Disability (A. A.I.D.D).

ويمكن تعريف الإعاقة الفكرية بأنها أداء عقلي عام أقل من المتوسط بدرجة دالة، يظهر خلال الفترة النمائية، كما يصاحبه في الوقت نفسه قصور في السلوك التكيفي. وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر إلى اعتبار الفرد معاقًا فكريًا إذا بلغت درجة ذكائه ٧٠ درجة أو أقل، وإذا بدا قصوره واضحًا في التكيف أو القدرة الاجتماعية (الشخص، والدماطي،١٩٩٢).

وقدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on mental Retardation,2002 تعريفًا يعد أكثر تفصيلًا ويحمل جوانب إيجابية ويركز على وجود العجز والقصور في السلوك التكيفي ويضعها كمحك قبل نسبة الذكاء، إذ يشير إلى أن الإعاقة الفكرية تعدُّ قصورًا يتصف بمحددات مهمة في كل من الوظيفة العقلية والسلوك التكيفي يظهر في المهارات الإدراكية والاجتماعية والتكيف العملي، ويظهر هذا القصور قبل سن ١٨ سنة. وهناك خمسة افتراضات أساسية انطلق منها هذا التعريف: ١) الوظيفة الحالية، يجب أن تكون محددة في سياق البيئة الاجتماعية، كالتي يعيش فيها أقران الفرد ممن هم في نفس عمره. ٢) تقدير صحيح يأخذ في الاعتبار التنوع الثقافي واللغوي بالإضافة إلى الاختلافات في عوامل الاتصال، والإحساس، والحركة، والسلوك. ٣) غالبًا ما تكون أوجه القصور التكيفية مصحوبة بمهارات تكيفية أخرى قوية. ٤) الغرض المهم من تحديد جوانب القصور هو محاولة تحديد جوانب المساعدة التي تقدم لهم. ٥) من خلال توافر الخدمات المناسبة على مدى زمن كاف يتحسن الأداء الشامل للشخص ذي الإعاقة الفكرية بصفة عامة.

أما عن نسبة انتشار الإعاقة الفكرية فهي تختلف من مجتمع لآخر، كما تختلف تبعًا لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، ومهما يكن من أمر اختلاف تلك النسبة، فإنها تتراوح من الناحية النظرية ما بين ٢,٥% إلى ٣% أي إن ما نسبته ٣ % من سكان أي مجتمع (الروسان،٢٠٠٣).

أما عن تشخيص الإعاقة الفكرية فأشارت دراسات كثيرة إلى أن الأعراض الأربعة (النفسية والاجتماعية والتربوية والجسمية) لا تظهر معًا إلا في حالات الإعاقة الفكرية، فاتجه

الأخصائيون إلى الجمع بينها في تشخيص واحد، سماه دول Doll " التشخيص التكاملي "، ويتضمن التشخيصات الآتية: التشخيص النفسي: يشمل تحديد مستوى الذكاء، وسمات الشخصية والنمو الانفعالي. التشخيص الاجتماعي: يشمل التاريخ التطوري، ومستوى النضوج الاجتماعي والظروف الأسرية، ومهاراته في الاعتماد على النفس. التشخيص التربوي: يشمل التاريخ الدراسي، ومستوى التحصيل الدراسي في الابتدائي. التشخيص الطبي: يشمل التاريخ الصحي، والعوامل الفسيولوجية والبيولوجية، والعيوب والعاهات الجسمية، والأمراض والإصابات والحوادث. فإذا أجمعت هذه التشخيصات على وجود أعراض الإعاقة الفكرية عند الشخص قرر فريق التشخيص انتماءه إلى فئة المعاقين فكريًا وهم مطمئنون إلى صحة تشخيصهم (مرسي،١٩٩٦).

ثالثًا: الاضطرابات السلوكية:

يمكن تعريف الاضطرابات السلوكية بأنها "الحالة التي تبدو فيها أفعال الفرد غير مرغوبة ومزعجة وقد تكون ضارة إلى حد يعوق عملية التعلم مما يجعل الفرد بحاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها"(الشخص،والدماطي،١٩٩٢،ص٢٠).

ويمكن أيضًا تعريف الاضطرابات السلوكية بأنها اضطرابات سلوكية وانفعالية تحدث للطفل وتظهر من خلال واحدة أو أكثر من الخصائص الآتية: عدم القدرة على التعلم، وعدم القدرة على بناء علاقات مع الآخرين، وظهور أنماط سلوكية غير مناسبة (جمال الدين، ٢٠٠٩).

وعرفها مصطفى(٢٠٠٩،ص ٤٣) "بأنها عادات سلوكية سيئة وغير متوافقة ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية السليمة، وهي تسبب الضرر للفرد أو لمن حوله مما يجعله يحتاج لخدمات إرشادية وعلاجية خاصة، حتى يصبح أكثر تكيفًا وتوافقًا مع المجتمع ومع من حوله".

أما عن أكثر نظم التصنيف المستخدمة في مجال اضطرابات السلوك هو النظام الذي اقترحه "Quay" والذي يصنف الاضطرابات السلوكية إلى أربعة أبعاد هي: اضطرابات التصرف، اضطرابات الشخصية، اضطرابات عدم النضج، اضطرابات الجنوح الاجتماعي(الظاهر،٢٠٠٤). وتعود هذه الاضطرابات السلوكية في جزء منها إلى عوامل جسمية وصحية، وعوامل عقلية، وعوامل نفسية، وعوامل أسرية (سليم،٢٠١٠). وتتراوح نسب انتشار الاضطرابات السلوكية ما بين ١-١٥%، إلا أن النسبة المعتمدة في كل الدول هي ٢% ، وفيما يتعلق بنسبة توزيع هذه الاضطرابات حسب متغير الشدة فإن معظم الحالات من النوع المتوسط، أما من حيث العمر والجنس فإن نسبة انتشارها لدى الذكور أكثر مما هي عليه عند الإناث، وهي ترتفع بشكل ملحوظ في فترة المراهقة وتنخفض بعد ذلك، والجدير بالذكر بأن لكل اضطراب نسبًا معينة تختلف عن نسب سلوك آخر (العزة،٢٠٠٩).

دراسات وبحوث سابقة:

أتيح للباحث عددًا من البحوث والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات البحث، وقد تم تقسيمها إلى ثلاثة محاور هي:

المحور الأول: دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين فكريًا:

هدفت دراسة خطاب(٢٠١٠) إلى التحقق من تأثير اللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقليًا تتراوح أعمارهم بين ١٢-١٥ سنة، ونسبة ذكائهم بين ٥٠- ٧٠. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي باللعب المستخدم في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية (إيذاء الذات- نوبات الغضب- سلوك عجز التواصل مع الآخرين- السلوك العدواني) لدى المجموعة التجريبية.

ودراسة شعبان(٢٠٠٩) التي هدفت إلى التحقق من فاعلية

كل من أسلوبي التعليم الملطف، والتعزيز في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين فكريًا. وتكونت عينة الدراسة

من (٣٠) طفلًا في عمر زمني يتراوح بين(٨- ١٢) سنة بمدرسة التربية الفكرية بمدينة المنصورة، وتم توزيعهم على ثلاث مجموعات: مجموعتين تجريبيتين، ومجموعة ضابطة، وتم استخدام مقياس السلوك العدواني(إعداد الباحث)، وأشارت النتائج إلى فاعلية كل من أسلوبي التعليم الملطف، والتعزيز في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين فكريًا، وزيادة فاعلية أسلوب التعليم الملطف مقارنة بأسلوب التعزيز في خفض السلوك العدواني.

ودراسة إبراهيم(٢٠٠٧)التي هدفت إلى تقديم برنامج تدريبي للأطفال المعاقين فكريًا يقوم على استخدام الاقتصاد الرمزي وجداول النشاط المصورة، والتأكد من فاعليتها والمقارنة بين أثرهما في الحد من سلوكهم العدواني. وتألفت العينة من (١٨) طفلًا بمدرسة التربية الفكرية بالزقازيق ممن تتراوح أعمارهم بين (٩-١٢) سنة، تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات متساوية، الأولى تجريبية يقدم لها برنامج الاقتصاد الرمزي، والثانية تجريبية باستخدام جداول النشاط المصورة، والثالثة ضابطة. وأشارت النتائج إلى فاعلية كلٍ من الاقتصاد الرمزي وجداول النشاط المصورة وتساوي أثر كلا المدخلين.

وهدفت دراسة القمش(٢٠٠٦) إلى التعرف على المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعاقين عقليًا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين، وتحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات ومتغيرات: عمر الطفل، درجة إعاقته، وجنسه. وتكون مجتمع الدراسة من جميع والدي الأطفال المعاقين عقليًا الملتحقين بمراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية في مدينة عمان والتي بلغ عددها ستة عشر مركزًا، وبلغ عدد الأطفال ١٠٨٢ طفلًا وطفلة. وتكونت العينة من والدى ٢٤٠ مفحوصًا ومفحوصة تراوحت أعمارهم من الولادة – ١٨ سنة، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية. وقام الباحث بتطوير قائمة تقدير من ٤٧ فقرة مثلت خمس مشكلات سلوكية. وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر المشكلات السلوكية شيوعًا هي: الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، السلوك النمطي، العدوان، إيذاء الذات.

وهدفت دراسة محمد، وفرحات(٢٠٠٢) إلى التعرف على فعالية تدريب الأطفال المعاقين فكريًا على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من الأعراض الدالة على اضطراب الانتباه فقط دون نشاط حركي مفرط. وتألفت العينة من (١٠) أطفال معاقين فكريًا بمدرسة التربية الفكرية "ببلبيس" تراوحت أعمارهم بين (٩-١٤) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب الدرجات على اضطراب الانتباه للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي من حيث انخفاض الأعراض الدالة على اضطراب الانتباه، في حين لم توجد فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي.

ودراسة بخش(٢٠٠١ب) التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي أسري في خفض حدة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعاقين فكريًا القابلين للتعلم. وتألفت عينة الدراسة من ٤٢ طفلة بمركز الإنماء الفكري بمدينة جدة تتراوح أعمارهم بين ٩-١٤ سنة، ونسبة ذكائهم بين ٥٦-٦٥ وتم تقسيمهم إلى مجموعتين. وكشفت النتائج عن فاعلية إرشاد الأمهات كشكل من أشكال الإرشاد الأسري في الحد من الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال المعاقين فكريًا.

ودراسة دبيس (١٩٩٩) التي هدفت إلى إعداد مقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات يمكن عن طريقه تقدير السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين فكريًا من الدرجة البسيطة في البيئة السعودية. وقد تم التحقق من صدق وثبات المقياس من خلال تقدير المعلمين العاملين في معاهد التربية الفكرية بمدينة الرياض لعدد كبير من الأطفال المعاقين فكريًا (ن= ٥٠١). وتم التوصل إلى معاملات ثبات وصدق عالية.

المحور الثاني: دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى ذوي اضطراب التوحد:

قامت الخفاجي(٢٠١٢) بإعداد برنامج حركي لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية الخاطئة (الوقوف والمشي على رؤوس الأصابع والدوران حول النفس والأشياء) لدى أطفال اضطراب التوحد، وإعداد ورقة لقياس تلك السلوكيات الروتينية. وتألفت العينة من (٥) أطفال ذوي توحد من الدرجة المتوسطة تراوحت أعمارهم بين (٣-٤) سنوات، بمعهد الرحمن للتوحد واضطرابات النطق ببغداد. وأشارت النتائج إلى نجاح البرنامج في تقليل هذه الحركات الروتينية بل اختفت لدى جزء من عينة البحث.

ودراسة بديوي(٢٠١١) التي هدفت إلى التحقق من مدى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم"تحليل السلوك التطبيقي (LOVASS)" في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين وإحداث قدر مناسب من التفاعل الاجتماعي. وقد تم استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة، واشتملت العينة على(١٥) طفلًا من الجنسين(٨ ذكور،٧ إناث) تتراوح أعمارهم بين (٣: ٩ سنوات) تم اختيارهم من إحدى جمعيات رعاية الأطفال التوحديين بالمعادى. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض اضطرابات(إيذاء الذات- نوبات الغضب-استثارة الذات- عصيان الأوامر) لدى الأطفال التوحديين.

وهدفت دراسة البطاينة، والعرنوس(٢٠١١) إلى التعرف على أثر برنامج لتعديل السلوك في خفض الأنماط السلوكية اللاتكيفية لدى أطفال التوحد. وشملت العينة(٣) أطفال تراوحت أعمارهم بين ٥-١٠سنوات، بمدينة عمان بالأردن. وأشارت النتائج إلى فاعلية الإجراءات السلوكية المستخدمة في البرنامج في خفض الأنماط السلوكية المتمثلة في فرط النشاط والاندفاعية، ووجود إعاقة إكلينيكية في الأداء الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

وهدفت دراسة أبي الفتوح(٢٠١١) إلى التحقق من فاعلية التدريب على وظيفية التواصل واستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض حدة المشكلات السلوكية، وشملت العينة (٨) أطفال ذوي توحد، تم تشخيصهم من قبل أطباء مخ وأعصاب، ومتوسط أعمارهم ٧٢,٢٥ شهرًا ومتوسط ذكائهم ٤٨,٩ وهم من الحالات المترددة على مركز المخ والأعصاب بمدينة بنها. واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي ذي تصميم المجموعة الواحدة. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياسين على مقياس المشكلات السلوكية لصالح القياس البعدي في خفض حدة المشكلات السلوكية.

وهدفت دراسة جمال الدين(٢٠٠٩) إلى إعداد برنامج علاجي فني يعتمد على الأنشطة الفنية لخفض وتعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ذي الإعاقة العقلية البسيطة. وتكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (٥-٨) سنوات وبلغ مستوى الذكاء من (٥٠-٧٥) بمعهد التربية الفكرية بنات بمدينة الطائف. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة لدى الأطفال التوحديين على أبعاد مقياس تقدير سلوك التوحد الطفولي وعلى أبعاد مقياس السلوك التكيفي لصالح القياس البعدي مما يعني انخفاض متوسط الاضطرابات السلوكية.

وهدفت دراسة Watt, et al. (2008) إلى فحص السلوكيات النمطية المتكررة لدى الأطفال في السنة الثانية من العمر، الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد(ن= ٥)، والأطفال المتأخرين في النمو دون اضطراب التوحد(ن= ٢٥) والأطفال ذوي نمو نموذجي (ن= ٥) ما بين ١٨ و ٢٤ شهرًا من العمر. وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم معدل أعلى بكثير في معدل التكرار ومدة أطول من السلوك النمطي التكراري في متغيرات، الجسم، والسلوكيات الحسية خلال عينة منتظمة من السلوك عن كل

من مجموعات الأطفال المتأخرين في النمو دون اضطراب التوحد، والأطفال ذوي النمو النموذجي.

وهدفت دراسة(Baghdadli, et al. (2008 إلى استكشاف العوامل المتصلة بالمخرجات السلبية لسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو الشاملة (١-٣) سنوات، وتم استخدام استبانة حول وجود أو عدم وجود سلوك إيذاء الذات. وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين المخرجات السلبية وجوانب عديدة من سلوك الطفل. وأن الأطفال الذين يعانون من مخرجات سلبية لديهم قدر أكبر من الإعاقة في الكلام، والعجز المعرفي والتكيفي، وعلامات أكثر شدة من مرض التوحد.

وهدفت دراسة خطاب(٢٠٠٤) إلى محاولة وضع مقياس للكشف عن الاضطرابات السلوكية وحدتها وأكثرها شيوعًا (إيذاء الذات- نوبات الغضب- النشاط الحركي المفرط ونقص الانتباه-عجز السلوك التواصلي- السلوك العدواني) لدى الطفل التوحدي وإعداد برنامج علاجي باللعب يحتوى على بعض الأنشطة والألعاب لخفض هذه الاضطرابات، وإعداد دراسة حالة للطفل التوحدي من سن ١٠-١٢ سنة، وإعداد استمارة المستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للأسرة. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلًا. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة لصالح المجموعة التجريبية في خفض الاضطرابات السلوكية.

وهدفت دراسة بخش(٢٠٠٢ب) إلى التحقق من مدى فعالية برنامج سلوكي تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال التوحديين بمركز الأمل للإنماء الفكري بجدة، قوامها ٢٤ طفلًا تراوحت أعمارهم بين ٧-١٤ سنة ونسب ذكائهم بين ٥٥-٦٨، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وكشفت الدراسة عن فعالية البرنامج، بوجود فروق ذات دلالة بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي.

ودراسة اللهيب(٢٠٠٢) التي هدفت إلى دراسة المشكلات الخاصة التي تواجه أطفال التوحد. وتكونت العينة من جميع أطفال التوحد في المراكز الأهلية لرعاية وتأهيل المعاقين بالرياض التابعة لوزارة العمل والشئون الاجتماعية وبلغ عددهم (٢٨) طفلًا. وأشارت النتائج إلى أهم المشكلات بالترتيب هي الحركات والتقطيبات الغريبة، التغذية، الصراخ ونوبات الغضب، مقاومة التغيير، الخوف، السلوك التخريبي والعدواني، إيذاء الذات، النوم.

ودراسة معمور(١٩٩٧) التي هدفت إلى استخدام برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف حدة بعض الأعراض السلوكية. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) من الأطفال السعوديين ذوي التوحد الملتحقين بمركز أمل للإنماء بجدة وتراوحت أعمارهم بين ٧-١٤سنة. وشملت الأدوات مقياس كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل١٩٦٩، ومقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته(الدفراوي،١٩٩٠)، مقاييس جودارد وبينيه للذكاء، البرنامج التدريبي(إعداد الباحث). وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين الأطفال التوحديين في مجموعة الأعراض والاضطرابات لصالح القياس البعدي، مما يعني أن هناك انخفاضًا في القلق والعدوان والنشاط الحركي في حين زاد مستوى الانتباه والعلاقات الاجتماعية.

المحور الثالث: دراسات مقارنة في الاضطرابات السلوكية بين اضطراب التوحد والإعاقة الفكرية:

هدفت دراسة (Lundqvist (2013 إلى التحقق من انتشار المشكلات السلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية، وتحديد علامات الخطر المحتملة لمشاكل السلوك باستخدام أداة المشكلات السلوكية(BPI). وكان٦٢% من العينة ذوي إعاقة فكرية (ن= ٩١٥)٥٠٤ من الرجال،٤١١ من النساء، متوسط أعمارهم من ١٨- ٨٧ سنة، لديهم مشكلات سلوكية (إيذاء الذات، النمطية، العدوانية/السلوك المدمر)،

وكانت علامات الخطر الأكثر وضوحًا للمشكلات السلوكية شدة الإعاقة الفكرية، التوحد، واضطرابات النوم ليلًا، فرط الحساسية الحسية، ضعف التواصل، العجز الاجتماعي، وإشراك الطب النفسي، والأدوية العقلية. ومن بين (٩١٥) الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، كان ٥٦٧ (٦٢,٠٪) لديهم مشكلة سلوكية واحدة على الأقل. تمامًا ٢٨٣ فردًا (٣٠,٩٪) لديهم سلوك إيذاء الذات. و٣٧٨ بنسبة ٤١,٣% لديهم سلوك نمطي، و٣١٥ (٣٤,٤٪) لديهم سلوك عدواني وفوضوي، ولم يكن بين أولئك فروق ذات دلالة إحصائية في النمطية وإيذاء الذات بين الجنسين، ولكن النساء أظهرت السلوك العدواني والفوضوي أكثر من الرجال.

وهدفت دراسة.Richards, Oliver, Nelson,& Moss(2012) إلى وصف انتشار وطوبوغرافيا إيذاء الذات لدى الأفراد ذوي طيف اضطراب التوحد في مقابل الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (X الهش، ومتلازمات داون)، ودراسة الخصائص الشخصية المرتبطة بإيذاء الذات عبر وداخل هذه المجموعات. الأسلوب: مقدمو الرعاية من الأفراد مع طيف اضطراب التوحد (ن=١٤٩؛ متوسط العمر= ٩,٩٨)، ومتلازمة X الهش(ن= ١٢٣؛ متوسط العمر= ١٥,٣٢) ومتلازمة داون (ن= ٤٩؛ متوسط العمر= ١٥,٨٤). وأشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات ظهر بنحو ٥٠٪ لدى عينة طيف اضطراب التوحد وهذا انتشار أعلى بكثير مما كان عليه في مجموعة متلازمة داون (١٨,٤٪) لكنها متشابهة على نطاق واسع مع الانتشار في متلازمة X الهش(٥٤,٥٪). كما ارتبط وجود إيذاء الذات مع مستويات أعلى بكثير من الاندفاع والنشاط المفرط داخل مجموعة طيف التوحد.

وهدفت دراسة مقابلة (٢٠١١) إلى التعرف على الأداء السلوكي الفارق للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في بُعد السلوك الانسحابي. وتألفت عينة الدراسة من (٤٦) طفلًا من الملتحقين بمركز (جمعية البتراء لرعاية المعاقين) بمدينة معان لواء البتراء بالمملكة الأردنية الهاشمية وتتراوح أعمارهم بين ٨-١٤ سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى تضم المعاقين فكريًا والثانية تضم الأطفال التوحديين. وشملت الأدوات مقياس جودارد للذكاء، مقياس الطفل التوحدي (إعداد/ محمد ٢٠٠٥)، مقياس السلوك الانسحابي (إعداد/محمد،٢٠٠١). وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في السلوك الانسحابي، والانسحاب من المواقف الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية لصالح التوحديين أي إنهم أكثر انسحابًا.

ودراسة العتيبي (٢٠١٠) التي هدفت إلى استخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي لمقارنة المهارات السلوكية (مهارات التواصل-مهارات الحياة اليومية- مهارات التنشئة الاجتماعية) لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومتعددي العوق وذوي اضطراب التوحد في معاهد التربية الفكرية. وتكونت عينة الدراسة من (٧٩) تلميذًا، منهم (٢٩) تلميذًا من ذوي الإعاقة الفكرية، و(٢٥) تلميذًا من متعددي العوق، و(٢٥) تلميذًا من ذوي اضطراب التوحد، الذين تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة. وأظهرت النتائج قصورًا واضحًا لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد مقارنة بتلاميذ الفئتين الأخريين باستثناء بعد القراءة والكتابة في مهارات التواصل، لم تظهر فيها فروق بين التوحد والفئتين الأخريين.

وهدفت دراسة محمد (٢٠٠٠) إلى التعرف على بعض أنماط الأداء السلوكي والاجتماعي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا. وتألفت عينة الدراسة من ٢٤ طفلًا تتراوح أعمارهم بين (٨- ١٣) سنة من الملتحقين بجمعية التنمية الفكرية بالقاهرة مقسمين إلى مجموعتين بالتساوي إحداهما من الأطفال المعاقين فكريًا، والثانية تضم الأطفال التوحديين. وشملت الأدوات مقياس جودارد للذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة(بيومي،٢٠٠٠)، مقياس الطفل التوحدي(إعداد

الباحث)، مقياس التفاعلات الاجتماعية(إعداد الباحث)، مقياس السلوك الانسحابي (إعدادالباحث). وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين متوسطات درجات مجموعتي الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في كل من التفاعلات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي لصالح الأطفال التوحديين.

وهدفت دراسة بخش(٢٠٠١أ) إلى تشخيص الأداء الفارق للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا فيما يتعلق بالانسحاب الاجتماعي، وضمت العينة ٤٦ طفلًا بواقع ٢٣ طفلًا لكل من مجموعتي الدراسة، تتراوح أعمارهم بين ٨–١٤سنة، ونسب ذكائهم بين ٥٤– ٦٨. وتم استخدام مقياس جودارد للذكاء، ومقياس الطفل التوحدي (إعداد/محمد٢٠٠٥) وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعتين في الانسحاب من المواقف، والتفاعلات الاجتماعية، وفي الدرجة الكلية للسلوك الانسحابي، وذلك لحساب الأطفال التوحديين، إذ كانوا هم الأكثر انسحابًا.

وفي دراسة أخرى هدفت بخش(٢٠٠٢أ) إلى التعرف على الأداء التشخيصي الفارق على مقياس المهارات الاجتماعية لمجموعة من الأطفال التوحديين (ن:٢٥) تتراوح أعمارهم بين ٦–١٥ سنة ونسبة ذكائهم بين٥٥–٧٠، وذلك في مقابل مجموعة متجانسة من الأطفال المعاقين عقليًا (ن: ٢٥) وجميعهم من مركز أمل للإنماء الفكري بجدة. وتم استخدام مقياس جودارد للذكاء، ومقياس الطفل التوحدي (بخيت، ١٩٩٩)، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة (الشخص،١٩٩٥)، ومقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين فكريًا (هارون،١٩٩٦) وكشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين فكريًا في المهارات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات الشخصية مع الآخرين والمتعلقة بأداء الأعمال والدرجة الكلية لصالح الأطفال المعاقين فكريًا.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض تلك المجموعة من البحوث والدراسات في مجال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا يمكن استخلاص عدة استنتاجات أهمها:

- – تنوع أهداف هذه الدراسات، ما بين دراسات سعت إلى بناء مقاييس لتشخيص الاضطرابات السلوكية وأيضًا الكشف عن الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال المعاقين فكريًا والأطفال التوحديين ومنها (سلوك إيذاء الذات، العدوان، السلوك النمطي، ضعف الانتباه والنشاط الزائد، الغضب، الانسحاب الاجتماعي، الفوضوي، عجز السلوك التواصلي). وأخرى سعت لتقديم برامج لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى فئات الدراسة.
- – تنوعت الأدوات المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال المعاقين فكريًا، فتم استخدام مقياس بينيه ولوحة جودارد لتحديد نسب الذكاء، ومقاييس تشخيص اضطراب التوحد (معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، قائمة كارز، مقياس/محمد، مقياس/ الدفراوي، مقياس/ بخيت)، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي (بيومي–
الشخص)، وهو ما سوف يراعيه البحث في اختيار الأدوات.

–قلة الدراسات التي قارنت بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا من حيث الاضطرابات السلوكية، باستثناء بعض الدراسات التي تناولت (الانسحاب الاجتماعي)، وبعض المهارات السلوكية والاجتماعية.

–أن أكثر الاضطرابات السلوكية انتشارًا بين هؤلاء الأطفال(إيذاء الذات، العدوان، السلوك النمطي، ضعف الانتباه والنشاط الزائد)، كما لا توجد دراسة (في حدود علم الباحث) قارنت هذه الاضطرابات بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا، ومن هنا تظهر الحاجة لهذا البحث.

-أن أغلب الدراسات المقارنة لعينة البحث تشير إلى أفضلية الأطفال المعاقين فكريًا عن الأطفال التوحديين من حيث امتلاك المهارات الاجتماعية، وانخفاض الاضطرابات السلوكية، وهو ما سوف يراعيه الباحث في صياغة الفروض.

الفـــــروض:

١-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات

الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك العدواني لصالح الأطفال التوحديين.

٢-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك النمطي لصالح الأطفال التوحديين.

٣-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في سلوك إيذاء الذات لصالح الأطفال التوحديين.

٤-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في ضعف الانتباه والنشاط الزائد لصالح الأطفال التوحديين.

منهجية البحث:

أولًا: منهج البحث:

يقوم البحث الحالي على استخدام المنهج الوصفي المقارن، إذ إنه يهدف إلى الكشف عن طبيعة الاضطرابات السلوكية والفروق فيها لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وأقرانهم المعاقين فكريًا.

ثانيًا: عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (٢٠) طفلًا من الأطفال السعوديين الذكور، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى: أطفال ذوي اضطراب التوحد (أداء وظيفي منخفض) وعددهم (١٠) أطفال، والثانية: تضم الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وعددهم (١٠) أطفال، بمدارس ابن جبير الابتدائية وعبدالله بن عباس بمدينة عرعر بمنطقة الحدود الشمالية بالمملكة العربية السعودية، للعام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٤م، ١٤٣٤/١٤٣٥. وقد تم تحقيق التكافؤ بين مجموعتي البحث في متغيرات العمر الزمني إذ تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦- ١٢) سنة، وكذلك متغير الذكاء إذ تراوحت درجة ذكائهم بين (٥٠-٧٠) على مقياس جودارد، وستانفورد بينيه(الصورة الرابعة)، وكذلك السلوك التكيفي، بالإضافة إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وذلك لتحقيق اعتدالية التوزيع بين مجموعتي البحث في هذه المتغيرات ويصبح الفروق في الاضطرابات السلوكية فقط، وقد تم اختيار العينة وفقًا للخطوات الآتية:

أجرى الباحث مسحًا ميدانيًا للأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال المعاقين فكريًا الموجودين بمدينة "عرعر" في المرحلة الابتدائية، وشملت الأطفال التوحدين الملتحقين ببرامج التربية الخاصة بمدرسة ابن جبير، والأطفال المترددين على مستشفى الصحة النفسية وبلغ عددهم (٣٣) طفلًا وطفلة، والأطفال المعاقين فكريًا الملتحقين ببرامج التربية الخاصة بمدرسة ابن جبير، وعبدالله بن عباس، وبلغ عددهم(٢٤) طفلًا، وهؤلاء الأطفال مشخصين من قبل هذه المؤسسات على أنهم أطفال ذوو اضطراب توحد وذوو إعاقة فكرية. ثم قام الباحث بعمل تكافؤ بين الأطفال باستخدام أدوات الضبط لتحقيق اعتدالية التوزيع، وذلك من حيث المتغيرات الآتية: العمر الزمن، مستوى الذكاء، السلوك التكيفي، درجة التوحد والإعاقة الفكرية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. فقام الباحث بتطبيق مقياس ستانفورد بينيه ولوحة جودارد للذكاء، ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (تقنين/العتيبي)، ومقياس الطفل التوحدي (إعداد/محمد،٢٠٠٥)، ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع D.S.M.-IV لتشخيص الأطفال التوحديين،

ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد/الشخص،٢٠٠٦)، ومن خلال هذه الإجراءات انحصر عدد الأطفال إلى٢٠ طفلًا من الذكور على مجموعتين الأولى لاضطراب التوحد (١٠) أطفال، والثانية للمعاقين فكريًا (١٠) أطفال. وفيما يأتي عرض تفصيلي لذلك:

١) متغير الذكاء:

جدول ١

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في الذكاء

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
الذكاء	التوحديون	١٠	١٠,٠٥	١٠٠,٥	٠,٣٤	غير دالة
	المعاقون فكريًا	١٠	١٠,٩٥	١٠٩,٥		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متغير الذكاء وأن قيمة "Z" غير دالة إحصائيًا، مما يعني تكافؤ المجموعتين في معدل الذكاء

٢) متغير العمر الزمني:

جدول ٢

اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في العمر الزمني

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
العمر الزمني	التوحديون	**١٠**	**٩,٥٠**	**٩٥,٠٠**	**٠,٨٠**	**غير دالة**
	المعاقون فكريًا	**١٠**	**١١,٥٠**	**١١٥,٠٠**		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متغير العمر الزمني وأن قيمة "Z" غير دالة إحصائيًا، مما يعني تكافؤ المجموعتين في متغير العمر

٣) متغير السلوك التكيفي:

جدول ٣

اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في أبعاد السلوك التكيفي

السلوك التكيفي	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التواصل	التوحديون	١٠	٩,٧٠	٩٧,٠٠	٠,٦١	غير دالة
	م. فكريًا	١٠	١١,٣٠	١١٣,٠٠		
الحياة اليومية	التوحديون	١٠	١٠,٨٠	١٠٨,٠٠	٠,٢٣	غير دالة
	م. فكريًا	١٠	١٠,٢٠	١٠٢,٠٠		
التنشئة الاجتماعية	التوحديون	١٠	١٠,٩٥	١٠٩,٥٠	٠,٣٤	غير دالة
	م. فكريًا	١٠	١٠,٠٥	١٠٠,٥٠		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متغير السلوك التكيفي وأن قيمة "Z" غير دالة إحصائيًا، مما يعني تكافؤ المجموعتين في متغير السلوك التكيفي.

٤) متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي

جدول ٤

اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب الدرجات في المستوى الاجتماعي الاقتصادي

المتغيرات	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي	التوحديون	١٠	٧,١٧	٤٥,٠٠	٠,٧٢٩	**غير دالة**
الاقتصادي	المعاقون فكريًا	١٠	٧,٧١	٥٤,٠٠		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متغيرات المستوى الاجتماعي الاقتصادي لهؤلاء الأطفال، وأن قيمة "Z" غير دالة إحصائيًا، مما يعني تكافؤ المجموعتين في هذه المتغيرات.

ثالثًا: أدوات البحث:

استخدم الباحث في أثناء البحث الحالي الأدوات الآتية:

١) مقياس جودارد للذكاء.

٢) مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة (تقنين/ مليكة،١٩٩٨،ب).

٣) مقياس الطفل التوحدي (إعداد/ محمد،٢٠٠٥).

٤) مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (تقنين/ العتيبي،٢٠٠٤).

٥) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد /الشخص،٢٠٠٦).

٦) مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحث).

وفيما يأتي عرض تفصيلي لهذه الأدوات:

١) مقياس جودارد للذكاء:

يعدُّ هذا المقياس من المقاييس الأدائية غير اللفظية، وقد لجأ إليه الباحث نظرًا لأن أداء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يكون أفضل بالمقارنة بالمقاييس اللفظية، وهو عبارة عن قطعة خشبية مساحتها (١٢ بوصة × ١٨ بوصة) تحتوي على عشرة فراغات لكل منها قطعة خشبية مناسبة، ويقوم الباحث بإخراج القطع الخشبية من مكانها ويطلب من الطفل أن يضع تلك القطع في المكان الذي يناسبها في أسرع وقت ممكن، وذلك خلال ثلاث محاولات على ألا يزيد زمن المحاولة الواحدة عن خمس دقائق. وتوجد طريقتان لتقدير درجات الاختبار، الأولى: يحسب فيها الزمن الذي أخذته أقل المحاولات الصحيحة الثلاث. والثانية: يتم فيها احتساب متوسط الوقت الذي استغرق في هذه المحاولات، وتحسب نسبة الذكاء

بالمعادلة الآتية:

نسبة الذكاء = (العمر العقلي / العمر الزمني بالشهور) × ١٠٠ (محمد،٢٠٠٢،أ).

٢) مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة تعريب وإعداد (مليكة،١٩٩٨):

يُعد اختبار ستانفورد – بينيه للذكاء من أكثر مقاييس الذكاء انتشارًا، وأوسعها استخدامًا؛ نظرًا للقدرة العالية على التمييز بين المستويات المرتفعة والمنخفضة من القدرات العقلية والمعرفية للأطفال والراشدين على السواء. وتستند الصورة الرابعة إلى نموذج للقدرات المعرفية من ثلاثة مستويات هي: العامل العام (g): وتشير البحوث إلى أنه أصدق منبئ عن الأداء المعرفي العام. والقدرات المتبلورة والقدرات المتدفقة – التحليلية والذاكرة قصيرة المدى. ويشتمل المستوى الثالث على عاملين من عوامل القدرات المتبلورة هما: الاستدلال اللفظي والاستدلال الكمي، وعلى عامل ثالث من عوامل القدرات السائلة – التحليلية وهو الاستدلال التجريدي/ البصري. ويشتمل كل عامل على عدد من الاختبارات. وبذلك يمكن أن تعطي الصورة الرابعة عن الفرد درجة مركبة، وهي تقابل ما يعرف بمصطلح " نسبة الذكاء " ودرجة لكل من المجالات الأربعة، بالإضافة إلى درجة لكل اختبار فرعي من الاختبارات الخمسة عشر السابقة الذكر، وقام لويس

كامل مليكة بتقنين المقياس بعد ترجمته، وإجراء بعض التعديلات عليه حتى يصبح المقياس صالحًا للتطبيق على البيئة العربية (مليكة،١٩٩٨، ص ص١٥٣– ١٥٥).

٣) مقياس الطفل التوحدي إعداد/ محمد(٢٠٠٥):

يمثل أحد أهم المقاييس التشخيصية التي تهدف إلى التعرف على الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى المشابهة لهم؛ ويتألف هذا المقياس من ٢٨ بندًا يجاب عنها بـ (نعم) أو بـ (لا) من جانب الأخصائي أو أحد الوالدين، وتمثل هذه العبارات أعراض اضطراب التوحد، ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات (١٤بندًا) على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من اضطراب التوحد. وقد تمت صياغة عبارات المقياس في ضوء المحكات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم هذا الاضطراب في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية(١٩٩٤) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى جانب مراجعة التراث السيكولوجي والسيكاتري حول ما كتب عن هذا الاضطراب.

وقد قام سيد(٢٠٠٩) بالتحقق من صلاحية المقياس للبيئة السعودية، فقام بحساب صدق المحك الخارجي لهذا المقياس باستخدام قائمة تقدير السلوك التوحدي من إعداد نايف الزارع(٢٠٠٥) وذلك على عينة من ١٨ طفلًا (٨ أطفال ذاتويين، و١٠ أطفال معاقين فكريًا) بمدينة الطائف، فبلغ معامل الصدق ٠,٧٢٣ وهو دال عند مستوى ٠,٠١، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على عينة من ٣١ طفلًا (١٢ طفلًا من التوحديين، و١٩ طفلًا من المعاقين فكريًا) بفاصل زمني ٢٢ يومًا، فبلغت قيمة معامل الثبات ٠,٨١٢ وهي دالة عند مستوى٠,٠١

٤)مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (تقنين/العتيبي،٢٠٠٤).

هي تلك الصورة العربية (الصورة المسحية) لمقياس فاينلاند للسلوك التكيفي **Vineland Adaptive Behavior Scale** والذي قام الباحث بترجمته إلى اللغة العربية من النسخة الأصلية التي قام بإعدادها كل من سبارو وبالا وسيكشتي عام ١٩٨٤م. وتتألف هذه الصورة من (٥) أبعاد رئيسة، يندرج تحتها أحد عشر بعداً فرعياً. وتختلف تقديرات السلوك بحسب استجابة الفرد؛ إذ تتمثل في: الدرجة ٢ وتعني قيام الفرد بأداء السلوك، والدرجة ١ وتعني أداء السلوك في بعض الأحيان، والدرجة صفر تشير إلى عدم قدرة الفرد على أداء السلوك. ويمكن أيضًا إعطاء تقديرات تخمينية كالرمز (م)، إذا لم تسنح الفرصة، والرمز (ع) عندما لا يعرف المجيب إذا ما كان الفرد يقوم بأداء السلوك. قد لا يحتاج الفاحص إلى تطبيق جميع الأبعاد الرئيسة لمقياس فاينلاند للسلوك التكيفي على المفحوص. وقد ثبت صدق المقياس بعدة أساليب هي: صدق المحكمين، والصدق الذاتي وتراوحت معاملات ارتباطه بين (٠,٩٥–٠,٩٩)، وبلغ ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد الرئيس بين (٠,٠٢٥–٠,٠٩٢)، وارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد الفرعي بين (٠,٢٥– ٠,٩٢)، وارتباط الدرجة الكلية للأبعاد الفرعية بالدرجة الكلية للبعد الرئيس بين(٠,٥٨– ٠,٩٩). أما الثبات فتم استخدام إعادة الاختبار على عينة قوامها(١٠٠)، وتراوح الارتباط بين(٠,٧٠– ٠,٩٥)، وتراوح معامل الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ بين(٠,٨٦– ٠,٩٧)، وطريقة التجزئة النصفية بين(٠,٦٠– ٠,٩٥).

٥) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد/ الشخص، ٢٠٠٦):

يهدف إلى التعرف على الدرجة التي تحدد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر، ويتم اشتقاق تلك الدرجة باستخدام معادلة تنبؤية تتضمن خمسة مؤشرات. ويمكن

تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة عن طريق استخدام المعادلة التنبؤيه الآتية: ص= ٠,٠٧٣ + ٠,٢٦٤ × س١ + ٠,٢٨٤ × س٢ + ٠,١٠٢ × س٣ + ٠,١٦٠ × س٤ + ٠,١٢٥ × س٥ . حيث إن: س١= درجة متوسط دخل الفرد في الشهر، س٢= درجة وظيفة رب الأسرة، س٣= درجة مستوى تعليم رب الأسرة، س٤= درجة وظيفة ربة الأسرة، س٥= درجة مستوى تعليم ربة الأسرة.

٦) مقياس الاضطرابات السلوكية(إعداد الباحث).

لتحقيق هدف البحث الحالي، تم إعداد مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا. فقد لوحظ أن ثمة مقاييس عدة تم بناؤها لقياس الاضطرابات السلوكية لدى فئات البحث، إلا أنها لا تفي بغرض البحث الحالي إذ ركزت على عدة اضطرابات سلوكية غير التي تم تحديدها في البحث الحالي، كما لا يوجد مقياس تم إعداده للمقارنة بين ذوي اضطراب التوحد والمعاقين فكريًا، مما دفع الباحث للقيام ببناء هذا المقياس، والذي مر بالمراحل الآتية:

١) الدراسة النظرية والاطلاع على بعض الدراسات السابقة، وذلك من خلال: الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة والأطر النظرية المتعلقة بالاضطرابات السلوكية والأطفال التوحديين والمعاقين فكريًا، والاستفادة منها.

٢) الاطلاع على المقاييس ذات الصلة: ومن المقاييس التي استعان بها الباحث في إعداد المقياس الحالي وفي حدود ما توفر لديه ما يأتي:

- مقياس المشكلات السلوكية لدى المعاقين فكريًا، إعداد (Lundqvist, 2013).
- مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين، إعداد (بديوي،٢٠١١).
- استبانة ملاحظة الأنماط السلوكية لدى أطفال التوحد، إعداد(البطاينة، والعرنوس،٢٠١١).
- مقياس المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين، إعداد (أبو الفتوح،٢٠١١).
- استبانة المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر أبائهم وأمهاتهم، إعداد(الكيكي،٢٠١١).
- مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين، إعداد (باظة،٢٠١٠).
- مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي، إعداد(جمال الدين،٢٠٠٩).
- مقياس الاضطرابات السلوكية للبالغين المعاقين فكريًا والتوحديين، إعداد (Johnny, &Tessa, 2008) .
- قائمة تقدير المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا، إعداد (القمش،٢٠٠٦).
- مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي، إعداد (خطاب،٢٠٠٤).
- استبانة المشكلات السلوكية، إعداد (اللهيب،٢٠٠٢).

٣) تحديد أبعاد المقياس وهي (العدوان- السلوك النمطي- إيذاء الذات- ضعف الانتباه والنشاط الزائد) وهي أكثر الاضطرابات تكرارًا في الدراسات السابقة، ثم تعريف هذه الأبعاد إجرائيًا، ثم صياغة العبارات الممثلة لكل بعد من هذه الأبعاد، وقد رُوعي فيها أن تقيس جميع جوانب البُعد الذي تقيسه وأن تكون واضحة وأن تكون قادرة على التمييز بين مختلف درجات الاضطرابات السلوكية لدى عينة البحث.

٤) إعداد الصورة الأولية للمقياس، إذ تضمنت تعليمات المقياس والتي توضح كيفية الإجابة على عباراته، من خلال قيام الأخصائي بملاحظة سلوك الطفل ويقوم بوضع العلامة أمام الخانة المناسبة، واشتمل على بيانات خاصة بالطفل والتعريفات الإجرائية لأبعاد المقياس والعبارات التي تقيسها، وأصبح المقياس في صورته الأولية يتكون من (٢٣) عبارة للعدوان، و(٢٣) للسلوك النمطي، و(٢٣) لإيذاء الذات، و(٢٥) لضعف الانتباه والنشاط الزائد، وبذلك يتكون من (٩٤) عبارة. وأمام كل مفردة ثلاثة بدائل هي (دائمًا،

أحيانًا، مطلقًا) ويتم اختيار ما يتفق مع سلوك الطفل بشكل واقعي.

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس من خلال إجراء صدق المحكمين، وصدق المحك وذلك فيما يأتي:

أ) صدق المحكمين:

تم عرض الصورة الأولية من المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس والتربية الخاصة والعاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة (ن=٧)، للحكم على مدى مناسبة العبارات للأبعاد التي تقيسها وكذلك مدى مناسبتها لخصائص العينة موضوع البحث، بالإضافة للصياغة والأسلوب، وتم إدخال جميع التعديلات التي اتفق عليها المحكمون، وفي ضوء ما تقدم يصبح المقياس صادقاً من وجهة نظر المحكمين.

ج) صدق المحك:

تم الاستعانة بمقياس آخر مقنن مسبقًا، يتضمن بعض أبعاد الاضطرابات السلوكية، وهو مقياس السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. إعداد، جاد المولى(٢٠١٣)، وتم تطبيقه على العينة نفسها (٣٣ طفلًا توحديًا– ٢٤ طفلًا معاقًا فكريًا). ثم تم حساب معامل الارتباط بينه وبين المقياس الحالي، فبلغت قيمة معامل الارتباط لدى الأطفال التوحديين (٠,٨٢) وهي ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ وبلغت قيمة معامل الارتباط لدى الأطفال للمعاقين فكريًا (٠,٧٨) وهي ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ مما يدل على تمتع المقياس بصدق عالٍ.

ثبات المقياس: تم حساب الثبات بعدة طرق هي:

أ)الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لعبارات المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (٣٣ طفلًا توحديًا– ٢٤ طفلًا معاقًا فكريًا) وذلك بمساعدة (٢٣) أخصائيًا ومعلمًا بالمدارس الملحق بها برامج التربية الخاصة ومستشفى الصحة النفسية بمدينة عرعر، وتم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والبُعد الذي تنتمي إليه. وتوضح الجداول الآتية معاملات الاتساق الداخلي لمقياس الاضطرابات السلوكية.

جدول ٥

معامل ارتباط كل عبارة بالبُعد الذي تنتمي إليه

العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة	العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
	العـدوان		٣١	٠,١٨١	٠,١٨٣	٦١	٠,٣٢٦	٠,٠١٤
١	٠,٣٤٨	٠,٠٠٩	٣٢	٠,٤٦٠	٠,٠٠١	٦٢	٠,٣٨٠	٠,٠٠٤
٢	٠,٣٠٨	٠,٠٢١	٣٣	٠,٤٠٧	٠,٠٠٢	٦٣	٠,٣٥٩	٠,٠٠٧
٣	٠,٣٥٧	٠,٠٠٧	٣٤	٠,١٠٦	٠,٤٣٩	٦٤	٠,٤٣٩	٠,٠٠١
٤	٠,٦٤٥	٠,٠٠٥	٣٥	٠,٢٤٦	٠,٠٦٧	٦٥	٠,٥٣٩	٠,٠٠١
٥	٠,١٣٧	٠,٣١٣	٣٦	٠,٢٩٩	٠,٠٢٥	٦٦	٠,٢٧٩	٠,٠٣٨
٦	٠,٤٤٨	٠,٠٠١	٣٧	٠,٢٥٨	٠,٠٥٥			**الانتباه والنشاط الزائد**
٧	٠,١٦٦	٠,٢٢١	٣٨	٠,٣٧٥	٠,٠٠٤	**٦٧**	**٠,٦٠٦**	**٠,٠٠١**
٨	٠,٥٤٢	٠,٠٠٢	٣٩	٠,٢٣٦	٠,٠٨٠	٦٨	٠,٤٤٨	٠,٠٠١
٩	٠,٢٨٧	٠,٠٣٢	٤٠	٠,١٧٩	٠,١٨٦	٦٩	٠,٤٠٦	٠,٠٠٢
١٠	٠,٤٩١	٠,٠٠٣	٤١	٠,٥٢٦	٠,٠٠١	٧٠	٠,٧٤٧	٠,٠٠١
١١	٠,٢٩٥	٠,٠٢٨	٤٢	٠,٤٤٧	٠,٠٧١	٧١	٠,٦٢٣	٠,٠٠١

١٢	٠,٥٣٧	٠,٠٠٢	٤٣	٠,٤٣٤	٠,٠٠١	٧٢	٠,٤٦١	٠,٠٠١
١٣	٠,٢٠٨	٠,١٢٤	٤٤	٠,٢٤٣	٠,٠٧١	٧٣	٠,١٤٧	٠,٢٨٠
١٤	٠,١٠٤	٠,٤٤٥	٤٥	٠,٣٣١	٠,٠١٣	٧٤	٠,١٨٨	٠,١٦٤
١٥	٠,٢٨٧	٠,٠٣٢	٤٦	٠,٢٦٦	٠,٠٤٧	٧٥	٠,٣٠٠	٠,٠٢٥
١٦	٠,٥٤٢	٠,٠٠٢	**إيـــذاء الــذات**			٧٦	٠,٤١٨	٠,٠٠١
١٧	٠,٣٥٢	٠,٠٠٨	**٤٧**	**٠,٣٢٤**	**٠,٠١٥**	٧٧	٠,٤٤٣	٠,٠٠١
١٨	٠,٤٩١	٠,٠٠٣	٤٨	٠,٤٢٥	٠,٠٠١	٧٨	٠,٤٩٧	٠,٠٠١
١٩	٠,٦٤٥	٠,٠٠٥	٤٩	٠,٢٧٤	٠,٠٤١	٧٩	٠,١٤٧	٠,٢٨٠
٢٠	٠,٤٩٢	٠,٠٠٣	٥٠	٠,٤٢٥	٠,٠٠١	٨٠	٠,٤٧٠	٠,٠٠١
	السلوك الـنمطي		٥١	٠,٣٣٠	٠,٠١٣	٨١	٠,٤٥٤	٠,٠٠١
٢١	**٠,٣٧٦**	**٠,٠٠٤**	٥٢	٠,٤٩٥	٠,٠٠١	٨٢	٠,٢٥١	٠,٠٦٢
٢٢	٠,٤٩٠	٠,٠٠١	٥٣	٠,٢٨٩	٠,٠٣٠	٨٣	٠,٣٣١	٠,٠١٣
٢٣	٠,٣١٥	٠,٠١٨	٥٤	٠,٤١٦	٠,٠٠١	٨٤	٠,٤٨٠	٠,٠٠١
٢٤	٠,٣٧٤	٠,٠٠٤	٥٥	٠,١٤٥	٠,٢٨٧	٨٥	٠,٣٧٥	٠,٠٠٤
٢٥	٠,١٧٧	٠,١٩٢	٥٦	٠,٢٣٦	٠,٠٨١	٨٦	٠,٥٠٣	٠,٠٠١
٢٦	٠,٣٧٤	٠,٠٠٥	٥٧	٠,٢٣٨	٠,٠٧٧	٨٧	٠,٥٢٠	٠,٠٠١
٢٧	٠,٣١٥	٠,٠١٨	٥٨	٠,٣١١	٠,٠٢٠	٨٨	٠,٣٩٥	٠,٠٠٣
٢٨	٠,٤٦٨	٠,٠٠٦	٥٩	٠,١٤٣	٠,٢٩٤	٨٩	٠,٤٧٧	٠,٠٠١
٢٩	٠,٣٦٤	٠,٠٠٦	٦٠	٠,٣٣٥	٠,٠١٢	٩٠	٠,٤٨٢	**٠,٠٠١**
٣٠	٠,٣٣٣	٠,٠١٢				٩١	٠,٥٧٨	٠,٠٠١

يتضح من الجدول السابق أن عدد عبارات المقياس بلغت (٩١) عبارة، وعدد العبارات غير الدالة (٢٠) عبارة وتم حذفها، وأن معاملات الارتباط الدالة إحصائيًا هي (٧١) عبارة وهي عدد عبارات المقياس في صورته النهائية.

ب) طريقة ألفا لكرونباخ:

باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ تم حساب معاملات الثبات لمقياس الاضطرابات السلوكية إذ بلغت لبُعد السلوك العدواني(٠,٤٨٠)، والسلوك النمطي(٠,٤٣٣)، وإيذاء الذات(٠,٤٩٤)، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (٠,٥٩٢) ومن ثم يتضح اتساق أبعاد المقياس والدرجة الكلية مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ج) طريقة إعادة الاختبار:

للتأكد من ثبات المقياس تم تطبيقه على نفس العينة الاستطلاعية مرة ثانية وذلك بعد أربعة أسابيع، وتم حساب معاملات الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني، ويوضح الجدول الآتي معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني بعد حذف العبارات غير الدالة .

جـدول ٦

حساب الثبات لمقياس الاضطرابات السلوكية بتكرار الاختبار

البُعد	إعادة الاختبار	مستوى الدلالة
العدوان	٠,٦٥٦	٠,٠١
السلوك النمطي	٠,٧٠١	٠,٠١
إيذاء الذات	٠,٦١٧	٠,٠١

البُعد	إعادة الاختبار	مستوى الدلالة
ضعف الانتباه والنشاط الزائد	٠,٨٤٣	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين بُعد العدوان في التطبيقين بلغت(٠,٦٥٦) ، ومعاملات الارتباط بين بُعد السلوك النمطي في التطبيقين بلغت (٠,٧٠١)، ومعاملات الارتباط بين بُعد إيذاء الذات في التطبيقين بلغت(٠,٦١٧) ، ومعاملات الارتباط بين بُعد ضعف الانتباه والنشاط الزائد في التطبيقين بلغت (٠,٨٤٣) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على تمتع المقياس وأبعاده بدرجة عالية من الثبات.

الصورة النهائية للمقياس:

بعد الانتهاء من إعداد المقياس وحساب ثباته وصدقه، أصبح مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في صورته النهائية يتكون من أربعة مكونات هي (السلوك العدواني، السلوك النمطي، سلوك إيذاء الذات، سلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد) وضمن كل مكون عدد من العبارات التي تقيسه(١٦) عبارة للسلوك العدواني، و(١٨) عبارة للسلوك النمطي، و(١٦) عبارة لسلوك إيذاء الذات، و(٢١) عبارة لسلوك ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وبذلك يتكون المقياس من (٧١) عبارة، ويوجد أمام كل عبارة ثلاثة اختيارات هي (دائمًا- أحيانًا- مطلقًا) تحصل على الدرجات (٣-٢-١) على التوالي، باستثناء العبارات السلبية، وهي تلك التي تحمل الأرقام(١٨) في بُعد السلوك النمطي، و(١٢) في بُعد إيذاء الذات، و(١-٣-٧-٩-١٠) في بُعد ضعف الانتباه وعددها جميعًا (٧) عبارات فتتبع عكس هذا التدرج، ويحصل المفحوص على درجة مستقلة لكل عامل من تلك التي يتضمنها المقياس، وبذلك يتراوح مدى المقياس الكلي ما بين (٧١ :٢١٣) درجة في صورته النهائية، وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الاضطرابات السلوكية والعكس صحيح. وبناء على ما تقدم من عرض الخصائص السيكومترية للمقياس يمكن القول إن هذه الإجراءات تدعو للثقة في استخدامه.

إجراءات البحث:

- اختيار أفراد العينة.
- المجانسة بين أفراد العينة.
- تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية.
- تصحيح الاستجابات واستخلاص النتائج ومناقشتها وصياغة التوصيات.

نتائج البحث:

في ضوء الفروض التي طرحها البحث الحالي تم عرض النتائج الخاصة بكل فرض، وذلك من خلال عرض صياغة الفرض، والأسلوب الإحصائي المستخدم للتحقق منه، ثم عرض نتائج التحليل الإحصائي والتعقيب عليه، ثم يلي ذلك تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري ونتائج البحوث السابقة.

الفرض الأول:

ينص على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك العدواني لصالح الأطفال التوحديين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم مقارنة رتب متوسط درجات المجموعتين على مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم في البحث الحالي. وتم استخدام اختبار Man - Whitney للعينات غير المرتبطة وقيمة"Z" كأحد الأساليب اللا بارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول ٧

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في السلوك العدواني

البُعد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة	اتجاه الفروق
العدوان	التوحديون	١٠	٥,٧٠	٥٧,٠٠	٢,٠٠٠	٣,٦٤	٠,٠١	المعاقون فكريًا
	المعاقون فكريًا	١٠	١٥,٣٠	١٥٣,٠٠				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين في السلوك العدواني، وذلك لصالح الأطفال المعاقين فكريًا، إذ بلغت قيمة Z (٣,٦٤) وهي دالة عند مستوى(٠,٠١) لبُعد السلوك العدواني، وبهذه النتيجة يمكن رفض الفرض الأول.

الفرض الثاني:

ينص على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك النمطي لصالح الأطفال التوحديين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم مقارنة رتب متوسط درجات المجموعتين على مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم في البحث الحالي. وتم استخدام اختبار Man - Whitney وقيمة"Z" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول ٨

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في السلوك النمطي

البُعد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
السلوك	التوحديون	١٠	١٤,١٠	١٤١,٠	١٤	٢,٧٣	٠,٠١
النمطي	المعاقون فكريًا	١٠	٦,٩٠	٦٩,٠٠			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين في السلوك النمطي، لصالح الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إذ بلغت قيمة Z (٢,٧٣) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) لبُعد السلوك النمطي، وبهذه النتيجة يمكن قبول الفرض الثاني.

الفرض الثالث:

ينص على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في اضطراب إيذاء الذات لصالح الأطفال التوحديين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم مقارنة رتب متوسط درجات المجموعتين على مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم في البحث الحالي. وتم استخدام اختبار Man - Whitney وقيمة"Z" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول ٩

نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في سلوك إيذاء الذات

البُعد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
إيذاء الذات	التوحديون	١٠	١٥,٣٠	١٥٣,٠	٢	٣,٦٨	٠,٠١
	المعاقون فكريًا	١٠	٥,٧٠	٥٧,٠٠			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين في سلوك إيذاء الذات، لصالح الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إذ بلغت قيمة Z (٣,٦٨) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) لبُعد سلوك إيذاء الذات، وبهذه النتيجة يمكن قبول الفرض الثالث.

الفرض الرابع:

ينص على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في ضعف الانتباه والنشاط الزائد لصالح الأطفال التوحديين**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم مقارنة رتب متوسط درجات المجموعتين، على مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم في الدراسة الحالية. وتم استخدام اختبار Man - Whitney وقيمة"Z" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول ١٠

اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في الانتباه والنشاط الزائد

البُعد	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
ضعف الانتباه	التوحديون	١٠	١٣,٨٠	١٣٨	١٧	٢,٥٠	٠,٠١
والنشاط الزائد	المعاقون فكريًا	١٠	٧,٢٠	٧٢			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين في ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وذلك لصالح الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إذ بلغت قيمة Z (٢,٥٠) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) لبُعد ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وبهذه النتيجة يمكن قبول الفرض الرابع.

المناقشة والتفسير:

أكدت نتائج البحث الحالي على وجود اضطرابات العدوان، والسلوك النمطي، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم المعاقين فكريًا. كما كشفت النتائج عن وجود اضطراب السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بمعدل أعلى من أقرانهم ذوي اضطراب التوحد، في حين أظهرت النتائج وجود اضطرابات السلوك النمطي، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمعدل أعلى من أقرانهم المعاقين فكريًا.

وبالنسبة لوجود اضطرابات العدوان والنمطية وإيذاء الذات وضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى فئات الدراسة فهذا ما أشارت إليه العديد من الكتابات والدراسات، فقدمت عددًا من الدراسات برامج لتخفيض حدة هذه الاضطرابات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل دراسة (أبي الفتوح،٢٠١١؛أمين،٢٠٠٢؛بخش،٢٠٠٢؛بديوي، ٢٠١١؛البطاينة، والعرنوس،٢٠١١؛جمال الدين،٢٠٠٩؛ الخفاجي، ٢٠١٢؛ معمور،١٩٩٧)، في حين سعت دراسات أخرى للكشف عن هذه الاضطرابات لدى ذوي اضطراب التوحد مثل دراسة (خطاب،٢٠٠٤؛ اللهيب،٢٠٠٢). في المقابل قدمت عدد من الدراسات برامج لتخفيض حدة هذه الاضطرابات لدى الأطفال المعاقين فكريًا مثل دراسة (إبراهيم،٢٠٠٧ ؛ بخش، ٢٠٠١؛خطاب،٢٠١٠؛شعبان،٢٠٠٩؛ محمد وفرحات، ٢٠٠٢)، في حين سعت دراسات أخرى للكشف عن هذه الاضطرابات لدى المعاقين فكريًا مثل دراسة (عبدالمنعم، ١٩٩١؛ القمش،٢٠٠٦).

أما فيما يخص الفرض الأول الذى ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك العدواني لصالح الأطفال التوحديين". فقد ثبت عدم تحقق هذا الفرض إذ أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك العدواني لصالح الأطفال المعاقين فكريًا، مما يعني وجود العدوان بمعدل مرتفع لدى الأطفال المعاقين فكريًا عن أقرانهم التوحديين، وهذا مؤشر يمكن أن نلاحظه من كثرة الدراسات التي تناولت هذا البعد "العدوان" لدى المعاقين فكريًا، مثل دراسة شعبان(٢٠٠٩) التي أشارت إلى فاعلية كل من أسلوبي التعليم الملطف، والتعزيز في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين فكريًا. ودراسة إبراهيم (٢٠٠٧) التي أشارت إلى فاعلية كلٍّ من الاقتصاد الرمزي وجداول النشاط المصورة في خفض السلوك العدواني لدى المعاقين فكريًا. ودراسة دبيس(١٩٩٩) التي هدفت إلى إعداد مقياس لتقدير السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين فكريًا من الدرجة البسيطة في البيئة السعودية.

إلا أن هذا الفرض يتعارض مع نتائج بعض الدراسات التي أشارت إلى أن الأطفال التوحديين أكثر عدوانية من أقرانهم المعاقين فكريًا. فأشارت دراسة حلواني(١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحديين قياسًا بالأطفال المعاقين عقليًا يعدون أكثر عدوانية وذلك على قائمة كونرز لتقدير السلوك. كما أشارت دراسة

Lundqvist (2013) إلى انتشار العدوان أكثر بين أولئك المصابين بالتوحد مقارنة بغير المصابين بالتوحد في السويد.

ولكن من ناحية أخرى يتفق هذا الفرض مع دراسة البشير (٢٠١٢) التي أكدت أن السلوك العدواني يسود بين الأطفال

التوحديين والمعاقين فكريًا بدرجة دون الوسط، وأنه توجد فروق دالة في السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليًا لصالح الأطفال المعاقين عقليًا، في حين لا توجد فروق دالة تبعًا للنوع (بنين- بنات) داخل مجموعات الأطفال التوحديين أو المعاقين عقليًا. كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن العدوان هو الاضطراب السلوكي الأوضح لدى المعاقين فكريًا، فأشارت دراسة عبدالمنعم(١٩٩١) إلى أن المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعاقين عقليًا، مشكلات السلوك العدواني وهي الأكثر انتشارًا ثم المشكلات الأخلاقية، فمشكلات النشاط الزائد، والمشكلات الاجتماعية، والمشكلات الصحية، كما أكدت أن معاملة الآباء والأقارب والجيران للطفل المعاق عقليًا تعكس نتائج عدم توافقه الشخصي والاجتماعي العام. كما أكدت دراسة ثابت(١٩٨٦) أن الاضطرابات السلوكية غير الاجتماعية التي تنتشر انتشارًا واضحًا بين المعاقين فكريًا هي: العناد، العنف، الهروب من المدرسة، الاضطرابات الحركية، اضطرابات الكلام، التبول اللا إرادي. ويؤكد ذلك أيضًا Thompson, Iwata, Hanley, Dozier, & Samaha (2003) بأن السلوك العدواني لدى الطفل المعاق فكريًا يأتي على قائمة المشكلات السلوكية لما له من تأثيرات سلبية على الطفل المعاق وأسرته، كما إنه يجعل الطفل شخصًا غير مرغوب فيه وغير مقبول في البيئة الاجتماعية والتربوية التي يتفاعل معها.

ويمكن تفسير العدوان لدى هذه الفئة من افتراض مُؤداه أن العدوان لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية يرجع إلى جوانب القصور الاجتماعية والمعرفية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، إذ إن القدرة على تفسير الدلالات الاجتماعية وتقييم نوايا وردود الفعل المحتملة والمتوقعة من الآخرين يمكن أن يساعد في توفير معلومات وبيانات دقيقة وإصدار استجابة أكثر تكيفًا، وعلى النقيض من ذلك فإن القصور أو عدم وجود تلك المهارات يمكن أن يكون له تأثير سلبي في زيادة الاستجابات غير التكيفية (المضطربة أو غير السوية) وزيادة احتمالية وقوع الفرد داخل حلقة الصراع(Jahoda,Pert,&Trower,2006). كما توصلت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين فكريًا

غالبًا ما يعانون من صعوبات في الاتصال الاستقبالي والتعبير والقدرة على تحديد وتعيين الانفعال لأن ذلك كله يرتبط بالمتطلبات المعرفية (Mckemize, Matheson, Mccaskie, Hamilton, & Murray,2001) لهذا يقع الأفراد العدوانيين ذوي الإعاقة الفكرية في أخطاء سلبية عند تحديد تعبيرات الوجه بدرجة أكبر من معدل الأخطاء التي يقع فيها أقرانهم من غير العدوان(Matheson, & Jahoda,2005). وهذا يعني أن الأفراد العدوانيين ذوي الإعاقة الفكرية أكثر احتمالية لإدراك وتحديد أوجه الأشخاص على أن أصحابها يعانون من الغضب والحزن، مع أن أصحاب هذه الأوجه قد لا يشعرون بتلك المشاعر(Jahoda, et al., 2006). في المقابل لا يُقدر الأطفال ذوو اضطراب التوحد الفوائد الاجتماعية ولا يشعرون بالمتعة من خلال الاتصال، وإذا تحدث الواحد منهم، فإنه يتحدث أمامك دون أن يتحدث إليك وقد يتحدث عن حاجته، ولكنة يعجز عن التحدث عن مشاعره وأفكاره، ولا يفهم انفعالات الآخرين ولا أفكارهم ولا معتقداتهم، ولا يفهم هؤلاء الأطفال معنى الإشارات والحركات والإيماءات وتعبيرات الوجه أو نغمة الصوت. وإذا استخدموا أيًا من هذه، فتكون شاذة، وكذلك يجد هؤلاء صعوبة في إقامة العلاقات الاجتماعية إذ يبدو الواحد منهم منعزلاً ومنفصلاً وغير مبال للناس الآخرين(العيسوي،٢٠٠١). ومن ثم فإن الطفل ذا اضطراب التوحد لايبالي بملامح الوجه وتعبيراته فهو منغلق على نفسه ولا ينشغل بمن حوله، وإذا صدر منه عدوان، بغرض الإيذاء وإلحاق الضرر فهو موجه إلى ذاته وليس للآخرين، وهذا يفسر انخفاض اضطراب العدوان لدى التوحديين بالمقارنة بالمعاقين فكريًا.

أما فيما يخص الفرض الثاني والثالث والرابع" عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الفكرية في السلوك النمطي، وإيذاء الذات، وضعف الانتباه والنشاط الزائد لصالح الأطفال التوحديين. فقد ثبت تحقق هذه الفروض إذ أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه الاضطرابات لصالح الأطفال التوحديين، مما يعني وجودها بمعدل مرتفع لدى الأطفال التوحديين عن أقرانهم المعاقين فكريًا، وهذا ما أكدته بعض الدراسات. فقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أفضلية الأطفال المعاقين فكريًا عن أقرانهم التوحديين في المهارات والتفاعلات الاجتماعية وأنهم أكثر امتلاكًا لمثل هذه المهارات، وهو ما يؤكد الأفضلية النسبية للأطفال المعاقين فكريًا عند مقارنتهم بالتوحديين. وفي هذا الصدد أشارت دراسة مقابلة (٢٠١١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا في الانسحاب من المواقف الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية في البيئة الأردنية، لصالح التوحديين أي إنهم أكثر انسحابًا. وأشار العتيبي(٢٠١٠) إلى أن هناك قصورًا واضحًا لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد مقارنة بتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومتعددي العوق، على أبعاد مقياس فينلاند للسلوك التكيفي(مهارات التواصل- مهارات الحياة اليومية- مهارات التنشئة الاجتماعية)، باستثناء بعد القراءة والكتابة في مهارات التواصل، لم تظهر فيها فروق بين التوحد والفئتين الأخريين. وكشفت دراسة بخش(٢٠٠٢)عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين فكريًا في المهارات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات الشخصية مع الآخرين والمتعلقة بأداء الأعمال والدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية لصالح الأطفال المعاقين فكريًا. وأشار محمد (٢٠٠٠) إلى أن الأطفال المعاقين فكريًا الأكثر تفاعلًا والأقل انسحابًا في حين كان أقرانهم التوحديون الأقل تفاعلًا والأكثر انسحابًا، كما أوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين التفاعلات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي لكل مجموعة، إذ إنه كلما زادت العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين يزيد قدر الاندماج معهم، في حين إذا قلت التفاعلات يكون الانسحاب أو الانعزال هو البديل الحتمي.

وفيما يخص الاضطرابات السلوكية الحالية سعت دراسة Lundqvist (2013) إلى التحقق من انتشار المشكلات السلوكية بين ذوي الإعاقة الذهنية في السويد، وأشارت إلى زيادة انتشار المشكلات السلوكية مع تزايد مستوى الإعاقة الفكرية، وكان هذا النمط ذات دلالة إحصائية فقط للنمطية وإيذاء الذات. أما اضطراب التوحد فكان انتشار النمطية وإيذاء الذات والعدوان والفوضى أكثر بين أولئك المصابين بالتوحد مقارنة بغير المصابين بالتوحد، وزيادة انتشار النمطية وإيذاء الذات مع وجود اضطراب التوحد ومع زيادة حدة الإعاقة الفكرية. وتؤكد ذلك أيضًا دراسة حلواني(١٩٩٦) التي سعت إلى التوصل لتشخيص فارق للأطفال التوحديين والمعاقين عقليًا، وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين قياسًا بالأطفال المعاقين عقليًا يعدون أكثر عدوانية وأضعف انتباهًا وأكثر قلقًا ولديهم زيادة في النشاط الحركي وأقل اجتماعية وذلك على قائمة كونرز لتقدير السلوك. كما كانوا أقل ذكاء من المعاقين عقليًا على اختبار ستانفورد- بينيه، وأكثر ذكاء على مقياس جودارد.

وبالنسبة للسلوك النمطي، فقد أشارت دراسة الخميسي (٢٠١٢) التي هدفت إلى التعرف على شكل البروفيل النفسي للسلوك التوحدي إلى أن أعلى اضطراب كان لبُعد التفاعل الاجتماعي ثم التواصل غير اللفظي يليه التواصل اللفظي ثم السلوك الروتيني والنمطي وأخيرًا الاضطرابات الحسية، وأنه لم توجد فروق بين الجنسين على بعد السلوك النمطي والروتيني. وأظهرت دراسة Watt, et al. (2008) إلى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم معدل أعلى بكثير في معدل التكرار ومدة أطول من السلوك النمطي التكراري في متغيرات، الجسم، والسلوكيات الحسية خلال عينة منتظمة من السلوك عن كل من مجموعات الأطفال المتأخرين في النمو دون اضطراب التوحد. وفي هذا الاتجاه أيضًا أشارت دراسة اللهيب (٢٠٠٢) إلى أن أهم المشكلات لدى ذوي اضطراب التوحد بالترتيب هي الحركات والتقطيبات الغريبة، التغذية، الصراخ ونوبات الغضب، مقاومة التغيير، الخوف، السلوك التخريبي والعدوان، إيذاء الذات، النوم.

وبالنسبة لسلوك إيذاء الذات، فأشارت دراسة Richards, et al.(2012) إلى أن سلوك إيذاء الذات هو السائد مع الأفراد ذوي طيف التوحد ووجود ظواهر طيف التوحد يزيد من خطر إيذاء الذات لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات وراثية معروفة ولكن من دون تشخيص التوحد مجهول السبب. وأشارت إلى أن سلوك إيذاء الذات ظهر بنحو ٥٠٪ لدى عينة طيف اضطراب التوحد وهذا انتشار أعلى بكثير مما كان عليه في مجموعة متلازمة داون (١٨,٤٪) لكنها متشابهة على نطاق واسع مع الانتشار في متلازمة X الهش(٥٤,٥٪). كما ارتبط وجود إيذاء الذات مع مستويات أعلى بكثير من الاندفاع والنشاط المفرط داخل مجموعة طيف التوحد. وأشارت دراسة(2008) Baghdadli, et al. إلى وجود ارتباط بين المخرجات السلبية وجوانب عديدة من سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو الشاملة. وأن الأطفال الذين يعانون من مخرجات سلبية في إيذاء الذات، لديهم قدر أكبر من الإعاقة في الكلام، والعجز المعرفي والتكيفي، وعلامات أكثر شدة من مرض التوحد.

وبالنسبة للانتباه، فلقد بدا واضحًا أن سلوك الأطفال التوحديين يعاني عجزًا في مهارات الانتباه المشترك مقارنة بالأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم تأخر عقلي ويشمل هذا العجز: الاستجابة لمبادرات الآخرين بالانتباه المشترك، والمبادأة بالانتباه المشترك(Bono & Sigman 2004). وأكدت ذلك دراسة Petra, Herbert, Wetswinkel, & Groote (2007) أن التنسيق الزمني لسلوك الاهتمام المشترك للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من ذوي اضطراب طيف التوحد، تم فحصه باستخدام ثلاثة مستويات من الترميز، وأظهرت النتائج أن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات طلب أقل وأبطأ جنبًا إلى جنب مع النمط السلوكي الشاذ بالنظر إلى إصبع

الشخص الآخر بدلًا من النظر إلى الموضوع المحدد والمشار إليه.

ويمكن تفسير ارتفاع معدلات الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بالمقارنة بالأطفال المعاقين فكريًا، إلى أن العديد من الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال ما هي إلا مشكلات ثانوية في السلوك نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطفال من عجز أساسي في اضطرابات التواصل والانتباه Stone, Ousley, Yoder, Hogan,& Hepburn (1997) كما افترض Whalen, & Schreibman (2003) أن تلك المشكلات وأنماط السلوك الخاصة بالأطفال التوحديين تعد شكلًا من الاحتجاج أو الإخفاق في التعبير عن الاحتياجات والرغبات، فالعديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها التوحديين ومن ضمنها التخريب والانسحاب الاجتماعي، والعدوانية ما هي إلا مشكلات ثانوية في السلوك نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطفال من عجز في مهارات التواصل ومنها مهارات الانتباه المشترك. فقد قام Dube, MacDonald, Mansfield, Hdcomb, & Ahearn,(2004) بتحليل وظائف الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحديين وتوصل إلى أن أنماط السلوك التي يمارسونها كإيذاء الذات والبكاء والصراخ ما هي إلا سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في استخدام أساليب فعالة للتواصل مع الآخرين.

ويمكن أيضًا تفسير السلوك النمطي لدى التوحديين بأنه قد يرجع إلى قصور في النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل ذي اضطراب التوحد، مما يجعله يواجه صعوبة في النتائج والأحداث، وهذا ما يسبب لديه شعور بالقلق وعدم الأمان، ومن ثم يصبح من الطبيعي أن يستسلم الطفل للسلوك التكراري الذي يعمل على الحد من قلقه وتوتره كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يمكن استيعابها (مورين، وتيسيا، ٢٠٠٥). وجدير بالذكر أن أكثر من نصف الأطفال التوحديين يفشلون في تنمية حديث واضح وفعال، وذاكراتهم تتيح لهم قدرة لغوية محدودة للغاية، إجمالاً، العديد من هؤلاء الأفراد يقضون ساعات يشتركون فيها مع الإثارة الذاتية أو إلزام أنفسهم بروتين يومي(Oltmans, & Emery, 2004).

ومن ثم يتضح من خلال هذا العرض انتشار الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بدرجة أوضح وأكثر حدة من الأطفال المعاقين فكريًا، في سلوكيات النمطية وإيذاء الذات وضعف الانتباه والنشاط الزائد، باستثناء العدوان فيظهر لدى المعاقين فكريًا بدرجة أوضح وأكثر حدة.

التوصيات:

من خلال هذا البحث ونتائجه يمكن اقتراح بعض التوصيات التي يمكن الاستفادة منها:

– ضرورة استكمال جوانب التشخيص الفارق بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين فكريًا.

– ضرورة توفير فرص بيئية أسرية مناسبة للتقليل من حدة الاضطرابات السلوكية لفئتي البحث.

– التدريب المستمر للأخصائيين على خطط وفنيات تعديل السلوك لفئتي البحث.

بحوث مقترحة:

استكمالاً للجهد الذي بدأه البحث الحالي، يقترح الباحث بعض الموضوعات التي يرى أنها لا تزال في حاجة إلى مزيد من البحث والدراسة:

– دراسة مقارنة للاضطرابات السلوكية بين الأطفال والمراهقين الذكور والإناث ذوي اضطراب التوحد.

– دراسة مقارنة للاضطرابات السلوكية بين الأطفال والمراهقين الذكور والإناث ذوي الإعاقة الفكرية.

- برنامج تدريبي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد لخفض الاضطرابات السلوكية (العدوان- النمطية- إيذاء الذات- ضعف الانتباه والنشاط الزائد).

- برنامج تدريبي لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لخفض

الاضطرابات السلوكية (العدوان- النمطية- إيذاء الذات- ضعف الانتباه والنشاط الزائد).

المراجـع

إبراهيم، أحمد عبدالغني (٢٠٠٧). فعالية كل من الاقتصاد الرمزي وجداول النشاط المصورة في الحد من السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. *مجلة كلية الآداب،جامعة الزقازيق*،٤٢، ١١١-١٤٦.

إبراهيم، علا عبد الباقي (٢٠٠٠). *الإعاقة العقلية*. القاهرة: عالم الكتب.

أبو الفتوح، محمد كمال (٢٠١١). فاعلية التدريب على وظيفية التواصل واستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض حدة بعض المشكلات السلوكية لدى حالات من أطفال الأوتيزم (الأطفال الذاتويين). *دراسات نفسية*، ٢١(٣)، ٤٧٥-٥١٨.

أحمد، وليد السيد، وعيسى، مراد علي (٢٠٠٦). *الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة*. الإسكندرية: دار الوفاء.

أحمد، وليد السيد، وعيسى، مراد علي (٢٠٠٩). *المنظور الحديث للتربية الخاصة*(الجزء الأول: الاضطرابات النمائية). القاهرة: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع.

أمين، سهى أحمد (١٩٩٩). *المتخلفين عقلياً بين الإساءة والإهمال - التشخيص والعلاج*. القاهرة: دار قباء للطباعة.

أمين، سهير محمود (٢٠٠٢). فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد. *دراسات تربوية واجتماعية*، ٨(٤)، ٩٥- ١٥٨.

باظة، آمال عبدالسميع (٢٠١٠). *مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين*(ط٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بخش، أميرة طه (٢٠٠١ أ). دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليًا. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ٢(٣)،٤٦-٧٥.

بخش، أميرة طه (٢٠٠١ ب). فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقليًا. *مجلة الطفولة والتنمية*، ١(٣)، ٥١-٧٤.

بخش، أميرة طه (٢٠٠٢ أ).دراسة تشخيصية مقارنة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليًا. *مجلة رسالة الخليج العربي*، السعودية، ٢٣(٨٤)، ١١١-١٣٣.

بخش، أميرة طه (٢٠٠٢ب). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. *مجلة العلوم التربوية*، ١٢٨،١ -١٥٨.

بديوي، أحمد علي (٢٠١١). مدى تأثير برنامج تدريبي متعدد المهارات في علاج اضطرابات السلوك لدى حالات الذاتوية في الفئة العمرية من (٦: ٩سنوات). *كلية التربية، جامعة حلوان*، ١٧(٤)،١٩١-٢٢٦.

البشير، الجيلي علي (٢٠١٢). السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليًا كما يدركه معلموهم بولاية الخرطوم. *مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة أم درمان الإسلامية*، السودان،١٢، ١٥- ٥٥.

البطاينة، أسامة أحمد والعرنوس، هاني أحمد (٢٠١١). أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ١٢(٣)، ٢٩٧- ٣٢٨.

ثابت، سوزان سمير (١٩٨٦). *الاضطرابات السلوكية بين الأطفال المتخلفين عقلياً*(رسالة ماجستير غير منشورة). معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

جاد المولى، أسماء محمد (٢٠١٣). *السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة*(رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.

جمال الدين، حنان محمد (٢٠٠٩). أثر برنامج تدخل علاجي بالأنشطة الفنية لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ذي الإعاقة العقلية البسيطة. *كلية التربية الفنية*، جامعة حلوان، ١٥(٣)،٢٠١- ٢٣٥.

حلواني، حسني إحسان (١٩٩٦). *المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى.

خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٤). *فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من أطفال* التوحد(رسالة دكتوراه غير منشورة). معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٦). *سيكولوجية الاضطراب النفسية لدى الطفل التوحدي*. السودان: الشركة العالمية.

خطاب، محمد أحمد (٢٠١٠،نوفمبر). فاعلية برنامج علاجي باللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال

المتأخرين عقليًا. *المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس* (ص ص.٣٧٥-٤٠٨). *رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية*.

الخطيب، جمال (٢٠٠١). *تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين*. عمان: دار حنين.

الخطيب، جمال ، والحديدي، منى.(٢٠٠٢). *المدخل إلى التربية الخاصة*. عمان: دار الفكر.

الخفاجي، سها علي (٢٠١٢). أثر برنامج حركي مقترح لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد. *مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية*، ١٢(١)، ١٥١-١٦٤.

الخميسي، السيد سعد (٢٠١٢). شدة السلوك التوحدي وفق متغيري العمر والجنس لدى الأشخاص التوحديين. *دراسات تربوية ونفسية*، ٧٤، ٣٥١-٣٩٠.

دبيس، سعيد بن عبدالله (١٩٩٩). مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقليًا من الدرجة البسيطة. *مجلة مركز البحوث التربوية*، جامعة قطر، ٨(٥)، ٧٣-١٠٦.

الدهمشي، محمد عامر (٢٠٠٦). *دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة*. عمان: دار الفكر.

الروسان، فاروق (٢٠٠٣). *مقدمة في الإعاقة العقلية*(ط٢). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الزريقات، إبراهيم عبدالله (٢٠٠٩). *التدخل المبكر– النماذج والإجراءات*. عمان: دار المسيرة.

سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٢). *إعاقة التوحد*(ط٢). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليم، عبدالعزيز إبراهيم (٢٠١٠). *المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال*. عمان: دار المسيرة الجامعية.

سيد، خالد سعد (٢٠٠٩). فاعلية استخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور (PECS) وبعض التدريبات السلوكية لتنمية الانتباه المشترك وأثر ذلك في خفض السلوك الانسحابي لدى أطفال الروضة التوحديين. *دراسات تربوية واجتماعية*، ١٥(١)، ١٤٣-٢٠٢.

سيد، السيد علي وبدر، فائقة محمد (١٩٩٩). *اضطراب الانتباه لدى الأطفال: أسبابه وتشخيصه وعلاجه*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

الشخص، عبد العزيز السيد (٢٠٠٦). *مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة*(ط٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشخص،عبدالعزيز والدماطي، عبدالغفار (١٩٩٢). *قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

الشريف، عبدالفتاح عبدالمجيد (٢٠١١). *التربية الخاصة وبرامجها العلاجية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شعبان، عرفات صلاح (٢٠٠٩). فاعلية استخدام أسلوبي التعليم الملطف والتعزيز في خفض السلوك العدواني لدى المتخلفين عقليًا. *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة*، ١١٩،٧١-١٨٧.

طلبة، منى حلمي (٢٠١٢). تفعيل دور الجامعة في إنشاء مركز جامعي لأبحاث وعلاج التوحد. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس، السعودية*،١٩٣،٢٨-٢١٦.

الظاهر، قحطان أحمد.(٢٠٠٤). *مدخل إلى التربية الخاصة*(ط٢). عمان: دار وائل.

عبدالمنعم، عفاف (١٩٩١). المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا بمدارس التأهيل الفكري– دراسة مقارنة. *المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري. مركز الطفولة*، جامعة عين شمس.

عبيد، ماجدة السيد (٢٠٠٠). *تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

العتيبي، بندر بن ناصر (٢٠٠٤). الخصائص السيكومترية لصورة عربية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي. *المجلة العربية للتربية الخاصة*، ٧، ٨– ٤٣.

العتيبي، بندر بن ناصر. (٢٠١٠). استخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي مع التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية ومتعددي العوق وذوي اضطراب التوحد في معاهد التربية الفكرية بالرياض. *رسالة التربية وعلم النفس*، الرياض،٣٤، ٤٥-٦٩.

العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: الدار العلمية.

العزة، سعيد حسني (٢٠٠٩). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

العيسوي، عبد الرحمن محمد (٢٠٠١). *الجديد في الصحة النفسية*. الإسكندرية: منشأة المعارف.

القمش، مصطفى نوري (٢٠٠٦). المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليًا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات. *مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية*، ١٨(٢)، ١٨٣- ٢١٦.

كفافي، علاء الدين وعلاء الدين، جهاد.(٢٠٠٦). *موسوعة علم النفس التأهيلي*، المجلد الثاني. القاهرة: دار الفكر.

كوافحة، تيسير مفلح وعبدالعزيز، عمر فواز (٢٠١٠). *مقدمة في التربية الخاصة*(ط٤). عمان: دار المسيرة.

الكيكي، محسن محمود (٢٠١١). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد بمعهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم. *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية*،١١(١)،٧٦-٩٩.

اللهيب، لطيفة عبدالله (٢٠٠٢). المشكلات الخاصة بأطفال التوحد ودور خدمة الفرد في مواجهتها من المنظور السلوكي. *كلية الخدمة الاجتماعية للبنات*، الرياض، ١٦٩-٢١٧.

محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٠). بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليًا. *مجلة كلية التربية بالزقازيق*، ٣٥، ٩- ٣٥.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٢ أ). *الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية*. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٢ ب). *جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً*. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٤). *الإعاقات العقلية، الأنماط- التشخيص- التدخل المبكر*. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٥). *مقياس الطفل التوحدي* (ط٣). القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبد الله. (٢٠٠٨). *العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين*. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبدالله وفرحات، السيد محمد (٢٠٠٢). فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليًا. *مجلة كلية التربية* بالزقازيق، ٢٦،٣٠٧-٣٣٧.

معمور، عبدالمنان ملا.(١٩٩٧). فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين. *المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي*(٤٣٧-٤٦٠). جامعة عين شمس.

مرسي، كمال إبراهيم.(١٩٩٦). *مرجع في علم التخلف العقلي*. القاهرة: دار النشر للجامعات المصرية.

مصطفى، أسامة فاروق (٢٠٠٩). *الاضطرابات السلوكية لدى الصم.(المفاهيم- النظريات- البرامج)*، القاهرة: دار الوفاء

مصطفى،أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل.(٢٠١١). *التوحد، الأسباب- التشخيص- العلاج*. عمان: دار المسيرة

مقابلة، محمود يوسف عبدالقادر (٢٠١١). دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليًا بالمملكة الأردنية الهاشمية. *مجلة كلية التربية*، جامعة الأزهر، ١٤٥،٥٢٩ -٥٥١ .

مليكة، لويس كامل (١٩٩٤).*العلاج السلوكي وتعديل السلوك*(ط٢). القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

مليكة، لويس كامل (١٩٩٨). *دليل مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء الصورة الرابعة*. القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

مورين آرونز، تيسيا جيتنس (٢٠٠٥). *الأوتيزم: المشكلة والحل، العلاج الأمثل لمرض التوحد*،(قسم الترجمة بدار الفاروق، مترجم). القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.

يحيى، خولة أحمد (٢٠٠٠). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. عمان: دار الفكر.

يوسف، بشير شريف (٢٠٠٤). *التوحد:علاج الذاتوية بين الأمل والعون*. عمان: دار رؤى للنشر.

American Association on Mental Retardation. (2002). *Definition, Classification, and Systems Of supports* (10th). Washington, Dc: Author.

American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Adults Disorders*(4th ed). DSM-IV, Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Adult Disorders*(5th ed). DSM-5, Washington, DC: Author.

Autism Society Of America(2003). *What Is Autism?* Usa, Bethesda, Md.

Baghdadli, A., Picot, M., Pry, R., Michelon, C., Burzstejn, C., Lazartigues, A., Aussilloux, C. (2008). What Factors Are Related to a Negative Outcome of Self-Injurious Behaviour during Childhood in Pervasive Developmental Disorders?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21 (2), 142-149.

Bono, D. & Sigman, M. (2004). Relations Among Joint Attention, Amount of Intervention and Language Gain in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(5), 495-505.

Comer, R. J. (1998). *Abnormal Psychology*(Third Edition). W.H. Freeman And Company: New Yourk.

Dube,W., MacDonald, R.,Mansfield, R., Hdcomb,W., & Ahearn,W.(2004). Toward a Behavior Analysis of Joint Attention. *The Behavior Analyst*, 27,197-207.

Jahoda, A. Pert, C. & Trower, P.(2006). Socio emotional Understanding And Frequent Aggression In People With Mild To Moderate Intellectual Disabilities, *American Journal On Mental Retardation*, 111(2), 77-89.

Johnny, L. & Tessa, T.(2008). Reliability And Factor Structure Of The Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems For Adults (Asd-Bpa) With Intellectual Disabilities And Autism .*Journal Of Mental Health Research In Intellectual Disabilities*, 1,34–47.

Lundqvist, L.(2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in O¨ rebro County,Sweden. *Research in Developmental Disabilities*, 34,1346–1356.

Matheson, E.& Jahoda, A.(2005). Emotional Understanding and Nonaggressive Individuals With Mild or Moderate Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 110(1),.57-67.

Mckemize, K., Matheson, E., Mccaskie, K., Hamilton, L. &Murray,G.(2001). APicture of Happiness. *Learning Disabilities Practice*, 4(3), 26-29.

Two- And Three- Year-Old Children With Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27,677-696.

Thompson, R., Iwata, B., Hanley, C., Dozier, C. & Samaha, A.(2003). The Effects of Extinction, Non-Contingent of other Behavior as Control procedures, *J. of Applied Behavior Analysis*,36, 221- 238.

Watt, N., Wetherby, A., Barber, A., & Morgan, L.(2008). Repetitive and Stereotyped Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (8), 1518-1533.

Whalen,C., & Schreibman, L.(2003)Joint Attention Training for Children With Autism Using Behavior Modification Procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Disciplines*, 44,456- 468.

Oltmanns, T. F. & Emery, R. E.(2004). *Abnormal Psychology* (4th ed). Pearson Prentice Hall: New jersey 07458.

Peck, c.& Hong, C.(1988). *Living Skills for Mentally Handicapped People*. London: Chapman & Hall.

Petra, W., Herbert, R., Wetswinkel, U.,& Groote, I. (2007). Temporal Coordination of Joint Attention Behavior in Preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *J. Autism Dev Disord*, 37,501–512.

Richards, C., Oliver, C., Nelson, L.,& Moss, J.(2012). Self- Injurious Behaviour in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 5(56) 476-489.

Stainback,W.C.& Staiback,S.B.(1982). *Educating Children With Maladaptive Behaviors*. New Yourk, Grune and Stratton, 78.

Stone,W., Ousley, O., Yoder, P., Hogan, K.,& Hepburn, S. (1997).Nonverbal Communication In Autism



Behavioral Disorders Among Children With Autism And Their Peers With Mild Intellectual Disability

Prepared by

Ayman Salem Abdallah Hassan

Teacher Of Special Education

Faculty Of Graduate Studies Of Education - Cairo University

Submitted 25-02-2016 and Accepted on 19-07-2016

Abstract: The present research aimed to identify the differential diagnostic performance on the scale of behavioral disorders among children with autism and their peers with intellectual disability. The research sample consisted of 20 children of Saudi children, they were divided into two equal groups: the first group consists of autistic children with low functional performance, and the second consists of children with intellectual disability from Ibn Jubair and Abdullah bin Abbas primary schools in Arar's northern border region, for the academic year 1434/1435 , 2013/2014 m. their age ranged between 6 to 12 years, and their degree of intelligence ranged between (50 to 70). The study used Goddard scale, Stanford Binet (fourth image) of intelligence scale, Vineland scale of Adaptive Behavior, an autistic child scale, the measurement of socio-economic level, and the measurement of behavioral disorders. The results revealed the presence of aggressive behavior of children with intellectual disability at a higher rate than their peers with autism, while the results showed the presence of stereotyped behavior disorders, self- injury, and attention deficit hyperactivity in children with autism at a higher rate than their peers with intellectual disability.

Key Words:Autism - Intellectual Disability- Behavior Disorder- Aggressive Behavior- Stereotyped Behavior- Self- Injury- Attention Deficit Hyperactivity Disorder.